Revista de ciencias psicológicas y neurológicas

VOL. V Nos. 1 y 2 LIMA, MAR. - JUN. 1968

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

PERSONAL DOCENTE

Jefe del Departamento	Dr. Carlos Alberto Seguín

ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "A"

Profesor Principal	Dr. Oscar Valdivia Ponce
Profesores Asociados	Dr. Max Arnillas Arana Dr. Augusto Colmenares Murrugarra Dr. Sergio Zapata Agurto
Profesores Auxiliares	Dr. Carlos Saavedra Suescum Dr. César Delgado Hurtado Dra. Antonia Sánchez G.
Jefes Instructores	Dra. Judith Calenzani Dr. Hugo Díaz Vásquez Dr. Enrique Ghersi Belaúnde Dr. Walter Griebenow Estrada Dr. Carlos Gutiérrez Ferreira

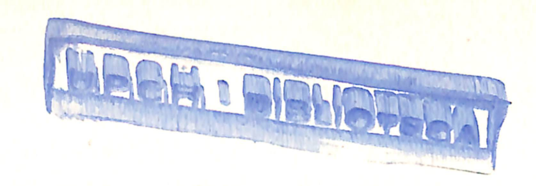
ASIGNATURA DE PSIQUIATRIA "B"

Profesor Principal	Dr. Humberto Rotondo Grimaldi
Profesor Asociado	Dr. José Sánchez García
Profesores Auxiliares	Dra. Ethel Bazán Dr. Manuel Almeida
Profesores contratados	Dr. Francisco Alarco Dr. Fernando Samanez
Jefe Instructor	Dr. Andrés Cáceres

REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. V, Nos. 1 y 2 MARZO-JUNIO LIMA-PERU



REVISTA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y NEUROLOGICAS

ORGANO DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PSICOLOGICAS Y DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Vol. V, Nos. 1 y 2 MARZO-JUNIO LIMA-PERU

CONTENIDO:

ARTICULOS:



PSICOANALISIS DEL VALS PERUANO

(Contribución al estudio de la personalidad básica del hombre peruano) *

SERGIO ZAPATA AGURTO **

INTRODUCCION

El vals peruano es una manifestación folklórica musical, (1) cuya área de dispersión abarca la costa peruana, especialmente los centros urbanos, alcanzando su máxima difusión en la ciudad de Lima.

Las clases sociales que le rinden culto, son, en primer lugar, la clase obrera y la clase media. La clase alta participa de este culto como una muestra de "dilettantismo" y adaptando a sus gustos la música y letra de los valses populares.

No vamos a hacer un bosquejo histórico del vals peruano, llamado también vals criollo, pero si diremos que esta manifestación popular aparece en forma definida en las primeras décadas del presente siglo y sus raíces más inmediatas hay que referirlas al vals vienés, con fuertes influencias hispánica, indígena y negroide, en una especie de mestizaje folklórico.

El vals criollo es el motivo musical infaltable en toda fiesta y jolgorio de nuestras clases populares.

---

* Deseo expresar mi particular reconocimiento al Dr. José Alva por su valioso aporte en los comentarios psicodinámicos de los valses, a los Drs. Enrique Ghersi y Elia Izaguirre en la elaboración de los datos de la encuesta y a la Sra. Luz Vallejo de Aguilar por su gentil ayuda en la selección de los cancioneros y en la redacción del trabajo. Mi gratitud y reconocimiento al Profesor Carlos Alberto Seguín por su apoyo y estímulo.

** Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

(1) O en proceso de "folklorización" a medida que los temas musicales se popularizan y se olvida a los autores.

En su ejecución intervienen principalmente la guitarra, en algunas oportunidades, la mandolina o bandurria y el laúd; el compás es llevado con instrumentos de percusión, destacando entre ellos el cajón, las castañuelas y aún el palmoteo y taconeo. Es obligatoria la participación vocal, generalmente de conjuntos. La costumbre española de la serenata se conserva aún y en ella se ejecuta música criolla de preferencia vals.

Desde el comienzo del siglo ha destacado toda una pléyade de compositores de valses procedentes de las mismas clases populares. Cabe mencionar, entre los más auténticos a Felipe Pinglo Alva, Carlos Saco, Filomeno Ormeño, Laureano Martínez, Chabuca Granda y Alicia Maguiña. Estas dos últimas compositoras han actualizado un estilo de vals que incluye, como motivo, la añoranza de las tradiciones de la Lima colonial.

Los compases airosos de nuestro vals sumados a sus versos melancólicos nos han movido a buscar lo que del alma popular se esconde en él. Nuestra motivación es, pues, afectiva.

Hemos creído que un estudio sistemático del vals, puede revelar los sentimientos y conflictos del hombre que canta y lo escucha con cariño.

Toda manifestación folklórica es expresión psicodinámica popular. En este sentido, el folklore puede ser visto, no solamente como manifestación artística, sino como exteriorización de los más genuinos sentimientos de un pueblo.

Nuestro concreto propósito es hacer un análisis psicodinámico de la letra de los valses considerados más populares. Este estudio ha sido bosquejado desde hace dos años y está en plena realización. Lo que de él vamos a decir en este ensayo se refiere a algunos aspectos del trabajo en marcha. Somos, desde luego, conscientes de lo limitado e incompleto de este estudio y sólo nos atrevemos a presentarlo esperando que, por lo menos, sirva para sembrar inquietudes en la investigación de este tema.

La justificación del presente análisis reside en que toda producción literaria colectiva o individual es posible de estudio e interpretación. El examen de dichas producciones puede conducir al conocimiento de los rasgos básicos del carácter del autor o al diagnóstico de los conflictos del alma colectiva si se trata de una producción literaria o folklórica de un pueblo. Si este análisis contribuye al conocimiento de la Perso-

nalidad del Hombre Peruano, está plenamente justificado, no importa las probables resistencias y rechazos que suscitará.

EL PSICOANALISIS Y LA ANTROPOLOGIA CULTURAL EN EL ESTUDIO DEL FOLKLORE

La comprensión e interpretación del Folklore es un intento muy nuevo en los países de habla hispana. En el Viejo Continente y en Norte América desde hace mucho tiempo multitud de teorías han tratado de interpretar el sentido de los mitos y cuentos. Así: las teorías filosóficas y alegóricas de Max Muller; las naturistas de Frobenius; las históricas de Grinn; las ritualistas de Siantyves; las antropológicas inglesas de Taylor, Lang, Bastian y Frazer; la funcionalistas de Malinowsky; las psicoanalíticas de Freud, Jung, Rank, Abraham, Roheim y Rinklin, y la cultural de Fromm y Kardiner.

De acuerdo con José Angel Bustamante, (2) de todos estos intentos interpretativos dejamos constancia, pero sólo tomamos en consideración las teorías psicoanalistas y culturales por ser las que ofrecen un sistema de interpretación capaz de penetrar en la esencia de lo que el mito, el cuento y tantas otras formas del folklore significan.

Penetramos brevemente en estas concepciones, las cuales nos ofrecen los instrumentos necesarios para la comprensión de los productos de tan importante actividad humana.

Rinklin, en 1908, nos dice que los cuentos populares son realizaciones de deseos y que sus simbolismos siguen las mismas leyes descubiertas en los sueños.

Karl Abraham, en 1909, establece el paralelo psicológico entre el sueño y el mito, aplicando al mito las reglas de su interpretación onírica.

Otto Rank, en su formidable monografía publicada en 1909: "El Mito del Nacimiento del Héroe" aplica al mito, a los cuentos y a las leyendas populares los métodos de interpretación descubiertos por el psicoanálisis.

Geza Roheim lleva al campo de la Antropología Cultural el complejo de Edipo, y de ese modo amplía las iniciales aplicaciones de Freud en Totem y Tabú.

---

(2) José Angel Bustamante.— "Folklore y Psiquiatría" — Reimpreso de la Revista Archivos de Neurología y Psiquiatría — Vol. 10 Nº 4 Octubre-Diciembre 1960 — La Habana.

Jung, en su obra "Transformaciones y Símbolos de la Libido", aplica su concepto del inconsciente colectivo depositario de los arquetipos o imágenes ancestrales que son los símbolos mitológicos de los dioses, demonios, magos y feticheros de todos los mitos y todos los folklores.

Fromm y Kardiner representan el retorno de las interpretaciones psicológicas del folklore para la valoración del hecho psicológico y siquiátrico en una cultura dada.

Quiere esto decir, la aplicación a la Psiquiatría y otras disciplinas, de los datos que el Folklore ofrece, estudiado, claro está, con los métodos que la propia psicología y psiquiatría han brindado al estudioso.

Pero es Kardiner, sobre todo, el que con sus conceptos de sistema proyectivo e institución secundaria hace del folklore un elemento imprescindible en el estudio de lo que él denomina personalidad básica. Esto es, que la personalidad básica de un grupo se encuentra determinada por la acción que las instituciones primarias (disciplinas precoces, entrenamiento efectivo) ejercen en su constitución biológica y que, a su vez, esta personalidad básica, a través de los sistemas proyectivos creados por esta formación, se proyecta en la mitología y en el folklore, los que, como pantallas, recogen la esencia de esa personalidad. Es natural que siendo el folklore el producto final de la personalidad básica, donde se recogen los productos naturales de una personalidad, en una determinada cultura, resulta de vital importancia su estudio, tanto para las aplicaciones psicológicas que del mismo se derivan, como para la psiquiatría en sus variados cuadros nosológicos.

ASPECTOS PSICOANALITICOS DEL VALS PERUANO

El vals Peruano es Folklore Peruano y el Folklore es expresión fundamental de la Personalidad básica en la cultura peruana. Es decir que la personalidad básica de un grupo se encuentra reflejada, proyectada, en expresiones culturales como la música y la canción.

Es por ello que en nuestro Folklore musical se pone de manifiesto la esencia de nuestra personalidad. No solamente —este folklore— va a recoger el mensaje del Inconsciente Colectivo, del Inconsciente Popular, sino que va a revelar el drama, la angustia y los conflictos actuales de todo un pueblo.

Ya desde 1958 comprendimos la necesidad de realizar un análisis social y psicológico de las expresiones más típicas del Folklore Perua-

no. Entre otras escogimos, como tema, nuestro vals, el vals criollo, por el cual sentimos un entrañable cariño, tejido en los recuerdos nostálgicos de la infancia y la adolescencia.

Nuestro propósito concreto fue, entonces, estudiar objetivamente y con metodología científica, las canciones o textos del vals, dejando para otra oportunidad las consideraciones estéticas y el análisis musicológico.

Este estudio, planeado como parte de un programa integral de investigaciones transculturales, está en plena realización. Lo que de él vamos a decir ahora se refiere a algunos de los aspectos dinámicos más saltantes que este examen imparcial nos ha mostrado.

Por consiguiente, no vamos a hacer el "psicianálisis" de la Canción Criolla porque sería tarea muy amplia; nos ocuparemos solamente del Vals Peruano y de él, estudiaremos el texto, el mensaje literario, la letra.

EL TEMA DEL AMOR EN EL VALS

El Amor y la Imagen Idealizada del Amante

La expresión del amor en el vals toma diferentes matices. El matiz más puro coincide con el simple, sincero y, a veces ingenuo canto de amor, bello en su esencia y universal en su significado.

Los versos que se inspiran en el amor en nuestro vals son el eco de multitud de expresiones líricas populares originales en el medioevo hispano: églogas, madrigales, coplas, elegías, canciones y letrillas, a través de las cuales el pueblo expresaba dolores y alegrías, nostalgias y entusiasmos.

Durante los siglos medioevales recorrían las ciudades y aldeas europeas cantores, músicos y recitadores conocidos con el nombre de juglares. El juglar divertía al pueblo congregado en las plazas, acudía a las ferias, romerías y mercados; ejercía su arte en las fiestas de los palacios señoriales. Recitaba versos, cantaba canciones, tañía instrumentos y hasta era prestidigitador y saltimbanqui. Su arte era eminentemente popular y gracias a estos modestos artistas, se formaba y difundía la tradición poética en los diferentes países de Europa.

En el siglo XV la lírica y la épica juglaresca se convierten en el romance y en romance se relataba todo lo que impresionaba la fantasía

popular. Los romanos se cantaban y la mayoría de las melodías conservadas han llegado hasta nosotros por tradición oral.

La influencia del Romancero Español va a ser profunda y constante en toda la lírica popular de Hispanoamérica, desde los siglos XVI y XVII hasta nuestros días.

De esta raigambre participa nuestro vals criollo y en estos antiguos moldes líricos ha vertido el pueblo peruano sus amores y sus penas.

En el vals criollo el varón aparece como un amante apasionado, sabe decir palabras de amor, sabe ser galante. Teje con su fantasía ricas imágenes de un romanticismo exaltado.

Canta a la mujer y a su belleza, dice de sus anhelos y de sus pasiones y aguarda con ingenua esperanza el amor eterno, sin límites.

Compara a la mujer amada con las manifestaciones más bellas de la naturaleza. Ella es un lucero, una rosa, el cielo. "Navega en el agua de sus ojos", es "el ángel de sus sueños" y cura sus heridas y desengaños "con la magia azul de su ternura".

En sus apasionados versos corre, ciertamente, el riesgo de llegar a la exageración, a la incongruencia y a lo cursi, pero la intención adolescente y sincera de su actitud lo salva de lo insubstancial e intrascendente.

El hombre en el vals peruano aparece como un ser honrado, noble, de sentimientos estables a pesar de las veleidades femeninas. "Yo soy derecho... compadre", dice, por ejemplo el protagonista en "Yo la quería patita", de Mario Cavagnaro, y, añade: "...yo la quiero aún patita... aunque digan que no es buena". En "El Plebeyo", del gran Felipe Pinglo, es Luis Enrique "el hombre que supo amar". En "El Provinciano", de Laureano Martínez, nuestro hombre "lucha como varón para vencer" y consigue alcanzar su "anhelo de vivir con todo esplendor".

También ofrece su amor y su honor a la mujer amada y le dice: "Ten valor que donde quiera que tus pies resbalen, para apoyarte encontrarás mi amor. Yo seré tu sostén, seré tu guía" (Rosa del Pantano).

Es galante y comprensivo y en "Nube Gris", de Eduardo Márquez Talledo, se aleja de la amada para permitir que cambie su destino y sea "muy feliz".

Es el amante perfecto que tiene "alma para conquistar, corazón para querer y vida para vivirla..." junto a la mujer ideal, como se establece en "Alma, corazón y vida" de Adrián Flores.

Es, finalmente, el hombre magnánimo que perdona la traición y la perfidia de la amante. En un buen número de valses aparece esta secuencia típica en la cual el hombre, luego de haber sufrido la desilusión y aún la deshonra por el engaño de la mujer, en un supremo momento de humana comprensión, perdona y olvida. Citaremos "Yo te perdono", de Raúl Calle; "Con locura", de Abelardo Núñez; "Tu perdición", de Augusto Polo Campos; "Tristeza", de Raúl Cáceda Rodríguez, etc.

Todo esto parece significar que, si bien las características fundamentales del hombre en el vals peruano adolecen de inmadurez psicológica en tanto posee marcada proclividad a la dependencia, la depresión y a las distorsiones de la imagen femenina, ostenta, sin embargo, notas de adultez en la noble consideración de la mujer y en la hidalguía y el perdón que otorga (3).

Con ser esto así, no es, ni con mucho, el tema del amor el que predomina en el vals. El amor puro, el amor adolescente y correspondido está en crisis. Es el otro amor, el truncado, el amor mentido el que campea en los valses. Hay como una necesidad inconsciente de provocarse la frustración. Y así cuando aparece el romance ingenuo al comienzo de la canción, en medio de ella hay ya un desengaño, perfidia y abandono y el final de la canción nos trae el epílogo de la desesperación, la tristeza infinita cuando no un clamor por la muerte y el olvido.

EL TEMA DEL ABANDONO

La Situación de Abandono — Los Protagonistas
Imágenes Plurisignificativas y Funcionales

Para hacer un análisis psico-sociológico de los protagonistas en la fantaseada situación de abandono tal como aparecen en los textos o le-

---

(3) Sin embargo, algunas de estas aparentes cualidades pueden fácilmente llegar a ser manifestaciones sobrevaloradas de sí mismo con el inconsciente propósito de acentuar el contraste con las supuestas "maldad" y "perversidad" de la mujer.

De otro lado, sabemos también que los individuos con personalidad normal y aquellos que ostentan rasgos anormales de la personalidad, no son conscientes de la patología de su conducta y que es justamente un mecanismo defensivo en ellos el considerar los trastornos caracterológicos como verdaderas virtudes (Karen Horney). Un sujeto compulsivo, por ejemplo, se considerará a sí mismo como una persona moral y correcta, un masoquista se tendrá por abnegado y altruista, etc.

tras del vals peruano, tomaremos como punto de partida algunos temas que por ser los más elaborados nos ofrecen una gama amplia de motivos psicológicos individuales y familiares.

Uno de estos temas es el del abandono de la familia por parte de la mujer, tema bastante frecuente y del que vamos a analizar tres versiones distintas. La primera corresponde a "Dos años", de Mario Cavagnaro. Dice así:

1.— La noche que te fuiste
creí que me moría
creí que no podría
vivir sin tu querer
....
Recuerdo todavía
cuando salí a buscarte
y como al no encontrarte
sentí pena y dolor
al escuchar tu nombre
correr de boca en boca
entre la risa loca
del mundo del placer
Hoy se cumplen dos años
desde que te marchaste
si vieras tú que lindo
está el hijo que dejaste
El cree que tú eras
de amor y encanto llena
y que por ser muy buena
te recogió el Señor
Por eso es que no quiero
que vuelvas a mi puerta
y así es mucho mejor
Cuando alguien le pregunta
por tí dice con celo
Mamita era muy linda
y ahora está en el cielo.

Esta fantasía popular, cuyo contenido es un drama de abandono, tiene la siguiente secuencia: Una mujer abandona al hombre amante quien temió no podría soportar la ausencia. La buscó pero comprendió que ella se había entregado al "mundo del placer". Dos años después la recuerda pero ya no desea su retorno. El hijo de ambos cree que la madre ha muerto ("por ser muy buena la recogió el Señor").

Los motivos básicos identificados en esta fantasía son los siguientes:

1.— Abandono: la mujer abandona al amante y al hijo.
2.— Libertinaje sexual de la mujer: prostitución.
3.— Muerte como símbolo de abandono.

La fantasía, desde luego, plantea un drama familiar: la amante —al mismo tiempo madre— abandona al hombre y al hijo de ambos y se entrega a un mundo de placer. Como reacción inmediata el amante experimenta pena y rencor. Mecanismos de substitución y de compensación aparecen también al volcar el hombre todo su cariño en el hijo.

En el contexto manifiesto los personajes aparecen diferenciados y distintos, pero una primera aproximación analítica ya nos va a mostrar una cierta imprecisión en el dibujo de las imágenes de este drama típico de la canción popular.

En efecto, existen elementos de identificación del padre con el hijo:

a) La expresión de cariño hacia la mujer es común a los dos: el hombre casi "muere" por la ausencia de ella y el hijo aún "cree que era de amor y encanto llena".

b) Padre e hijo se identifican a través de la común situación de abandono.

c) La concepción ambivalente que el hombre tiene de la mujer (santa-perversa), la cual, siendo frecuente en el vals, aparece aquí dicotomizada en los personajes: la amante-madre es en este drama una prostituta para el hombre en tanto que en la fantasía del hijo es casi una santa "que recogió el Señor".

La existencia de estos elementos identificatorios hacen surgir la sospecha de que en el contenido latente de la fantasía, las imágenes del padre y del hijo corresponden en realidad a una sola y compleja imagen.

La segunda versión del Tema del Abandono está tomada del vals "Mujer sin alma", de Andrés Torres Legarda. Dice así:

2.— Mujer sin alma
todo el barrio así te llama
perversa y caprichosa
tu conciencia te lo acusa
fatal será tu vida
más cruel, muy vil
será tu muerte
tú no tendrás mortaja,
malvada
inclina, pues, la frente.
No tuviste compasión
ni piedad de abandonarlos
a los frutos de tu amor
hoy que sufren cruel dolor
al marcharte
te llamaban y lloraban
pero a tu alma de canalla
no le importaba nada.

El texto de esta segunda fantasía (verdadera fantasía de la "Madre mala"), deja ver los siguientes motivos:

1.— Abandono: la mujer abandona a los hijos y al amante (se sobreentiende).

2.— Rencor y venganza (deseo de una muerte cruel para la amante).

El drama familiar se plantea como en (1) con ligeras variantes. Una "veleidosa y perversa" mujer abandona el hogar. No aparece una

razón para esto, pero el hecho de ser calificada de "mujer perversa y canalla" sugiere por lo menos volubilidad erótica. Los hijos claman y lloran por ella. La muerte de la madre no es fantaseada aquí como un mecanismo de sublimación de la agresión sino cruel y activamente deseada como venganza. El amante abandonado no nos habla de su sufrimiento y todo el énfasis del drama se desplaza al dolor de los hijos sin madre. Es evidente que la situación del hombre se superpone a la de los hijos y en este sentido hay identidad de ambos personajes.

Una tercera versión del mismo tema la encontramos en el vals "Una carta para el cielo", de Salvador Oda:

3.— Llevando a un pobre niño
sujeto de la mano
se presentó al sargento
un hombre en el cuartel
....
¿Qué es lo que ha robado?
dijo la autoridad
....
El niño le responde
es cierto mi sargento
robé un ovillo de hilo
para así hacer llegar
hasta el azul del cielo
a mi blanca cometa
allá donde se ha ido
mi adorada mamá
No ven, hay una carta
prendida en mi juguete
perdóneme si en ella
yo quise preguntar
por qué mamita linda
por qué te fuiste lejos
dejándome tan solo
con mi pobre papá.

El motivo fundamental es el abandono del padre y del hijo por muerte de la madre. La muerte cumple aquí, para los efectos del abandono y de la deprivación, el mismo papel que la deserción de la mujer por infidelidad. Nuevamente padre e hijo están unidos en el infortunio e identificados en la situación de abandono. Este tipo de abandono por muerte de la madre-amante se puede sublimar hasta transformarse en un canto de desdicha, de supremo idilio y designios divinos. Así lo apreciamos en el vals "Así era ella" de Manuel Raygada:

4.— Ahora que se ha ido
la que endulzó mi vida
dejando este mundo
al llamado de Dios.
Voy vagando por las playas
de la vida
llevando en el pecho
este dolor.
Parece que aún la oigo
cuando triste me dijo
acércate amor mío
no llores ten valor.
Que no sepan nada nuestros
pobres hijos
me besó en la frente
y después expiró.
Así era ella
noble compañera
y que con sus hijos
cumplió su deber.

La fantasía de muerte de la madre y amante encubre la agresión contra el objeto frustrador. Veremos este mecanismo con más detalle al estudiar el significado erótico-agresivo de la muerte en nuestro vals.

Una segunda hipótesis de trabajo derivada del examen de esta temática se refiere a que el drama actual del abandono del hombre por parte de la mujer puede representar un pretérito y fantaseado drama del abandono del hijo por la madre, no sólo en el aspecto de abandono físico sino de abandono emocional.

El análisis de otro vals ampliará estos primeros puntos de vista.

Se trata del vals "Hijos sin Madre" de Sergio de la Cruz Peralta que lo consideramos aquí para los efectos analíticos por su interesante tema:

El texto dice:

5.— Cual paloma errante
que el mundo recorre
buscando un cariño
para un nido armar
así, por el mundo
solitario anduve
hasta hallarte un día
como bendición

Te amé, nos amamos
pensé, para siempre
y un niño tuvimos
donde amarmos más;
tuvimos dos hijos
que tu amor ignoran
y aún no aprendieron
a decir mamá.

Si observamos bien la secuencia dramática, veremos que el hombre —"bueno y sincero"— ansiando encontrar un amor, lo logra y forma un hogar. Hasta aquí es un canto al amor. Pero bruscamente surge la necesidad de plantear la típica situación de abandono: la amante-madre desaparece. ¿No hubiera sido más lógico completar la secuencia de esta ingenua felicidad hogareña con unos dos o tres alegres versos finales?

Los dos hijos "ignoran el amor de la madre" y "aún no aprendieron a decir mamá". Esto significa que el acento emocional del drama se desplaza del hombre abandonado a la situación de orfandad de sus hijos y que ambas son una misma situación que, de paso, identifica a los protagonistas.

Sabido es que la formación de sueños, fantasías y mitos goza de análogas pautas de elaboración dinámica y que la común situación de dos o más imágenes en una nota que identifica a las mismas.

El vals "Juanita" de Pablo Casas, nos revela una fantasía muy semejante a las anteriores. He aquí los versos más significativos:

6.— ....
Juanita se llamaba
mi amor, mi idolatría
la única alegría
que reinaba en mi vivir
La muerte, igual que siempre
ceñirá en sus anhelos
se llevó mi consuelo
mi amor, mi corazón.

Conformidad le pido al Redentor
para calmar mis penas
....
En ese mismo instante
pienso en mi pobre hijita
quede tan solita
en este mundo cruel.

En esta fantasía un hombre pierde a su amada e, inconsolable, la recuerda. Ella murió y dejó al enamorado hombre y a la hija de ambos ("tan solita en este mundo cruel").

Vemos que la fantasía de abandono —fantasía que se repite con abrumadora frecuencia, como se verá luego— también se refiere a un padre y a un hijo (hija) que comparten el abandono y se identifican en la tristeza y la angustia. Un refugio desesperado es la búsqueda de conformidad adoptando la filosofía del "fatalismo". En este caso la mujer no ha causado el drama, no aparece como mujer mala; es el "destino" el que, arrebatándola de los suyos, ha llenado de soledad a padre e hijo. Sin embargo, el resentimiento agresivo por el abandono injusto aparece elaborado en la fantasía a través de la muerte de la madre.

El vals de Pablo Masías "Yo sé que volverás" cuya letra transcribimos a continuación, incide en el mismo tema:

7.— Yo sé que volverás una vez más
porque soy en tu vida
una obsesión
soy el recuerdo que te
hace llorar
....
... por la desesperación,
entonces, de rodillas hasta mí,

se que volverás
....
... fui tu amor primero
....
Será el recuerdo de un hijo
el que te atormenta en la vida
por eso te digo
que tú volverás.

Un hombre, seguro del cariño de una mujer espera su retorno por haber sido él su primer amor y por el recuerdo de un hijo. En esta fantasía de abandono y retorno, la situación dramática del "amante-hijo" abandonado por la "amante-madre", es suavizada por el recurso del autodominio orgulloso y por la proyección de sentimientos. El hombre, aquí, no llora ni desespera; es ella quien, obsesionada por el recuerdo del amante y del hijo, retornará de rodillas, atormentada por la

culpa. No se precisa en la fantasía el motivo del abandono; se da como un hecho, incluso como un hecho habitual ("volverás una vez más"). Dinámicamente hablando, se ha esbozado la solución del conflicto al imaginar un probable retorno de la voluble mujer.

En los sueños en los que uno se ve perdido, extraviado o abandonado (sueños de "stress"), la aparición súbita de una persona conocida (realización de un deseo compensatorio), resuelve con frecuencia la situación angustiante (4).

El vals de Mario Cavagnaro "Yo la quería patita" (5), que goza de popularidad, nos revela otras facetas del drama que estudiamos:

He aquí la letra:

8.— ....
no crea usted compadre
que ya me licorié (6)
Si estoy con los crisoles (7)
rojimios (8) es del llanto
porque he llorao carreta (9)
por culpa de una mujer
Yo la quería patita
Era la gila (10) más buenamo-
za del callejón
y Ud. compadre que me conoce
yo soy derecho
y ella no supo corresponder
a mi corazón
Hoy me pasaron el dato
que el blanquiñoso que la tenía
la abandonó
y dicen que está la negra
sufrida para el castigo
Que ella está de cualquier cosa
y su hijo de mendigo
... yo la quiero aún patita.

El tema es el de un hombre que llora la desventura de no haber sido correspondido por la mujer que amaba. Confiesa a su amigo que aún la quiere y sufre por que sabe que ha sido abandonada por el actual amante y porque el hijo de ella "está de mendigo". En la fantasía aparece una situación de "triángulo sentimental". El hombre ama pero la mujer se entrega a un rival afortunado quien luego la abandona.

(4) Contribución a la Fenomenología del Ensueño en el Adolescente Peruano". Drs. Sergio Zapata, Elia Izaguirre y Mario Mendoza. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Obrero de Lima — Vol. 2 Nº 2 — abril 1963.

(5) El término "pata", "patita", significa amigo, compañero en el argot limeño.

(6) Embriagué.

(7) Ojos.

(8) Rojos.

(9) Amigo, compañero, como "patita".

(10) Muchacha.

La infidelidad y el abandono han conducido al hombre al alcoholismo y a manifestaciones depresivas. En la fantasía la agresividad inconsciente del protagonista se manifiesta, como en otros valses, a través del sufrimiento de la mujer y el hijo. En realidad hay aquí tres abandonados: hombre, hijo y amante; debido a que la ley del talión ha entrado en vigencia, la mujer que abandona será, a su vez, abandonada.

La infeliz situación del hijo ("está de mendigo") es parecida a la situación del hombre abandonado en la deprivación afectiva.

Evidentemente la causa de todo son los volubles sentimientos de la mujer quien es incapaz de corresponder a un "verdadero amor". El hijo aparece sufriendo las culpas de la madre y el "amante-hijo" (en este caso amante no correspondido) sufre también por la orfandad de afectos. En este sentido, amante e hijo son víctimas de la maldad de la "amante-madre".

Existe un vals "Arrepentida", cuyo autor no hemos podido identificar que compendia claramente todos los momentos dinámicos del abandono:

9.— Era tan buena
humilde mujercita
quien sabe un mal consejo
la hizo cambiar
abandonó su casa
su esposo y sus hijitos
al entregarse a otro hombre
que al fango la llevó
Vagando por las calles
comerciando su cuerpo
la pobre sufre y llora
a Dios pide un consuelo
de verse abandonada
sin dicha y sin amor
Ampárame, Señor
arrepentida estoy
dice la pobrecita
a mi hogar
quiero volver.

Otro vals "Malvada", de autor no identificado, dice:

10.— Me he enterado en la calle
que a tu madre abandonaste
y que a nuestro hijo dejaste
a la voluntad de Dios
....
Yo te amaba con sincero amor
pero tú, perversa y canalla,
manchaste mi nombre
y mi honra de varón
....
Solo pido devuélveme a mi hijo
tú ya no me importas
ni me importarás.

PSICODINAMICA DE LA FANTASIA DE ABANDONO

Creemos que cuando en el vals peruano, el protagonista se encuentra en situación de abandono, no será la primera vez que esto le ocurra y lo mismo vale para la situación de celos (Ernest Jones). Sabemos que la mayor parte de los atributos típicos de la vida amorosa quedan determinados en la primera infancia. El odio y la frustración surgen de la desilusión que produce comprobar que el amor no era el ideal perfecto que se había imaginado y esperado. Es evidente que dicha desilusión habrá de ser mayor cuanto mayor sea la desproporción que existe entre el ideal y la realidad.

El hombre normal expresa con el amor sus deseos y no sus necesidades. En el neurótico, el amor es una necesidad casi terapéutica, pues le procura seguridad interna; necesita depender del objeto de su afecto, tiene ansias de ser amado. La autoestima y la seguridad se nutren con este amor. Busca en la mujer amada seguridad, certeza, tranquilidad. De ahí la naturaleza implacable del odio despertado por el abandono y la frustración.

El ser abandonado produce vergüenza también y, cuanto más malvada y cobarde pueda el sujeto hacer aparecer a la mujer, tanto más se sentirá descargado de su angustia y vergüenza. El hombre, incluso, puede necesitar reproducir situaciones infantiles de abandono y desear vivamente ser abandonado ahora por la amante. Puede suplicarlo, sugerirlo y provocarlo. En su mente necesita la confirmación de esta realidad inconsciente.

Otro mecanismo que entra en juego es el siguiente: la frustración amorosa y el abandono actual contribuyen a mantener reprimida la frustración pretérita. Luego, al aferrarse inconscientemente a la idea de abandono, el sujeto obtiene un beneficio para su economía libidinal. Esto explica el carácter compulsivo de las representaciones de abandono en el vals peruano.

La fijación excesiva del triángulo edípico sirve como modelo de frustración. Como la frustración por pérdida del objeto amado representa una manifestación de la propia culpa edípica, para evitarla es preciso exagerar la culpabilidad de la persona amada.

Un mecanismo proyectivo de los propios impulsos a la infidelidad y al abandono de la mujer por parte del hombre está también presente en las fantasías de abandono en el vals. Estos impulsos son sentidos

por el hombre como motivos de culpa; la conciencia los rechaza y luego los proyecta a la mujer. Esta proyección es un mecanismo de defensa. El hombre no puede creer en la fidelidad de la mujer, porque no cree en su propia fidelidad.

RASGOS DEL PERFIL DE PERSONALIDAD DEL HOMBRE EN EL VALS

La Imagen del "Amante-Niño"

Como variante de la imagen del "padre-amante-hijo", surge la imagen del "amante-niño".

En términos generales, podemos aceptar que normalmente se produce en el amor un cierto grado de regresión afectiva pues que entran en juego manifestaciones transferenciales de efectos edípicos. Cuando esta regresión emocional no interfiere con los determinantes de la realidad en el sentido de llegar a distorsionar paratáxicamente (Sullivan) las imágenes del mundo, y, antes bien, constituye un inagotable manantial de sentimientos frescos e inefables, hablamos entonces de una regresión normal en el amor, estado emocional que, en la literatura y en la poesía, ha sido cantado y celebrado con indesmayable constancia.

En el vals peruano existen muchas referencias al hombre amante con sentimientos y actitudes infantiles, al amante pronto a mostrarse desvalido y temeroso del abandono.

El vals "Fatalidad", de autor no identificado insinúa esta identificación: un hombre se lamenta de haber sido abandonado y espera el retorno de la amada. La asociación de las imágenes "hombre" y "niño" aparece en el siguiente verso:

11.— ....
Al calor permanente
de un cariño
que ávido como un niño
de tí siempre esperé
¿Por qué te fuiste mujer
como un sueño fugaz?

La comparación del hombre abandonado con un niño resulta casi natural en el verso.

En el vals "Gloria", de Luis Deán existe análoga referencia:

12.— ....
Y como un niño
te seré sincero
y por eso te quiero
y te voy a cantar.

Lo mismo sucede en el vals "Odiame", de Rafael Otero, en el que, aparte de revelarnos una clara actitud masoquista del hombre y una ambivalencia afectiva de las más típicas ("ódiame, por favor... quedaré convencido que me amaste"), aparece la equivalencia entre "hombre y niño (hijo)" en inmediata relación con el muy frecuente tema de la muerte:

13.— ....
Qué vale más, yo niño y tu or-
gullosa
o vale más tu débil hermosura
Piensa bien que en el fondo de
la fosa
llevaremos la misma vestidura.

El contenido manifiesto y el contenido latente de esta fantasía de frustración, depresión y muerte, coinciden plenamente. La unión del "amante-niño" (hijo) con la "amante-madre", imposible en vida por el orgullo de la mujer, sólo se realizará en la tumba. La muerte aparece, entonces, como el símbolo de la suprema unión, unión desexualizada y expresión trágica de un último y desesperado recurso que sólo logra transformar vida y amor en muerte y olvido. Volveremos luego sobre este punto.

El Hombre-Niño y la Situación Traumática Infantil

La referencia a una situación traumática infantil, que condiciona muchas veces una actitud de resignado sufrimiento en el hombre, aparece con nitidez en el vals "Puedes irte", de autor no identificado.

14.— Hiéreme sin temor
que los dolores
son muy amigos míos
desde niño
Y mi pecho está lleno
de cariño y en él no pueden
anidar rencores

Se que te quieres ir
....
Es lógico tu adiós
Las golondrinas buscan el sol
Cuando el invierno llega
Y la abeja no besa flores secas.

El deseo manifiesto de ser abandonado y "herido", se asocia aquí a mecanismos de racionalización y de supresión de la agresión (11). La reactivación de traumatismos psicológicos de la infancia, probablemente de abandono, deprivación de cariño, falta de protección, etc., es expresada en este vals como una situación natural y lógica y aún, diríamos buscada y deliberadamente provocada.

En el vals "Mi corazón", de Alicia Maguiña, un hombre enamorado tiene miedo de amar y sufrir. Es una fantasía de regresión infantil en la que el protagonista confiesa ser incapaz de soportar la realidad:

15.— Mi corazón
bella flor de ensueño y candidez
....
tiene miedo de vivir,
que es tan tierno como la niñez
para después llorar
Muy frágil es
para el peso de la realidad.

Aquí el hombre es un niño que tiene miedo de amar y sufrir. Aunque en estos dos textos sólo aparece la imagen de la mujer-amante y no la de la madre, la causa de los sufrimientos infantiles debe ser atribuída a la situación familiar y, tal vez, a la madre misma.

La Situación Traumática Infantil y el Triángulo Edípico

En relación con situaciones traumáticas infantiles tenemos forzosamente que referirnos a las situaciones del triángulo edípico y del "tercero pospuesto".

El galán es "engañado" con otro. La mujer lo abandona por otro amor y éste sufre, a veces con desesperación, a veces con filosófica resignación la infidelidad.

Existe toda una gama de situaciones de pérdida del objeto erótico que va desde los celos hasta la frustración completa, deserción de la mujer y entrega de ésta a la promiscuidad sexual y prostitución.

Reflejo del problema son los siguientes valses:

16.— ....
Ya nunca volverás
sus ojos a mirar
no volverás a amar
sin pensar en su crueldad
Porque ella te engañó
con tu amigo más fiel
te dio de beber la hiel
de la desilusión.

"Sé que te engañó", de Alejandro Sánchez Cortés

---

(11) El mecanismo de supresión de la agresión así como el de negación de la misma han sido observados también en la elaboración onírica.

17.— . . . .
Me voy y me resigno
lo quiere así mi suerte
me han dicho **que otro es**
dueño
de tus ilusiones y de tu querer
Mi amor es poca cosa
para tus ambiciones
tú sueñas en la vida
con un príncipe azul.

"Acuérdate de mí", de autor no identificado

18.— . . . .
Te juro que sufro mucho
al ver que no me quieres
al ver que amas al otro
que no te quiere a ti
. . . .
Si no serás mi esposa
al menos tu amigo seré.

"Tu amigo seré", de Emilio Peláez Montero

19.— . . . .
Este amigo me escribe
. . . .
que del barrio te has ido
que tu amor fue fingido
. . . .
que ahora te ven caminar
con otro amor por la calle.

"Marchita flor", de Luis Gálvez Ronceros.

El "Hombre-Niño" y el "Amor" a la Madre

El amor filial es expresado en el vals en constante asociación con las ideas de abandono, deprivación, soledad y encubierta agresión. Ejemplo de ello es el vals "Amor de madre", de autor no identificado.

20.— Jamás he conocido
lo que es amor de madre
. . . .
Al fin yo soy un huérfano
capricho del Destino
. . . .
Perdóname Dios mío
si en algo te reprocho
no es justo lo que has hecho
quitándome ese amor
. . . .
Parece que ayer fuera
cuando mi madrecita
la frente me besó
y me dijo apenitas
con su voz moribunda
hijito de mi vida
este es mi último adiós.

Esta es una fantasía de abandono, muerte y orfandad, en que, bajo una aparente exaltación del amor a la madre, existe inconsciente agresividad desplazada a Dios y el "destino" y volcada hacia sí mismo. La

agresividad inconsciente es por la condición de orfandad del "hombre niño".

En letras o textos de otros valses, como "Flores para mi madre", de autor no identificado, si bien no hay alusión del hijo para un reencuentro en el cielo, el motivo fundamental de la muerte de la madre, que permite exaltar el amor filial, subsiste:

21.— Hoy he perdido en el mundo
la joya de más valor
Perdí a mi madre, mi amor
Ya murió de quien nací,
ya murió de quien le dí
tantos desvelos al criarme
hoy debe de lamentarme
murió mi madre ¡ay de mí!
Saltó la muerte traidora
contra mi madre adorada
....

La función de fantasías de este tipo es, en realidad, revivir una situación traumática real o imaginada. La fantaseada muerte de la madre y el abandono del hijo es la expresión dramatizada de profundos sentimientos de deprivación no exentos de rencor dirigido a la madre "que abandona". En este sentido hay que interpretar los versos del vals "Amor de madre", de autor no identificado.

22.— Hay hijos inconscientes
que lejos de adorarla
ultrajan a la madre.

En forma semejante, la abierta agresión hacia la mujer-amante se manifiesta a veces, en un declarado deseo de muerte, como sucede en el vals "Alejandrina", de Pedro Arzola:

23.— Porque como infame
tendrás que morir
agobiada por tan crueles sufrimientos
y despreciada del que te amó primero.

En el vals "Madre", de Manuel Acosta Ojeda se aprecia la agresión filial bajo la forma de abandono (abandonar a alguien parece ser el recurso preferido de agresión en estas fantasías). El hijo abandona a la madre por "vanas pasiones"; arrepentido, regresa para suplicarle perdón:

24.— ....
Madre: esas arrugas se formaron
pensando ¿dónde estará mi hijo?
¿Por qué no llegará?
....
Madre: tus manos tristes
como aves moribundas
déjame que las bese...
Y por último madre, dejame que
me arrodille y sobre tu regazo
coloque mi cabeza
y dime ¡hijo del alma!
para llorar contigo.

El conocido vals "El Provinciano", de Laureano Martínez, este abandono es muy claro:

25.— ....
Cómo recuerdo el día
feliz de mi partida
sin reparar en nada
de mi tierra me alejé
Y mientras que mi madre
muy triste y sollozando
decíame: ¡hijo mío!
llévate mi bendición.

Puede verse, pues, que el amor filial no se expresa como un sentimiento puro sino enmarcado en la angustia del abandono, de la culpa y de la muerte. Estos valses nos señalan que la relación entre el hijo y la madre es una relación a través de experiencias deprimentos y de insospechado rencor y que el "reencuentro" —despojado ya de todo elemento incestuoso— se produce o en la tumba o en el abismo de la melancolía.

Interesante es señalar que en el análisis fenomenológico de los sueños de adolescentes peruanos, realizado por nosotros (12) el motivo tanático (muerte y destrucción) es el predominante. Más de un tercio del total de ensueños relatados por 1,000 jóvenes corresponden a los temas de agresión manifiesta. Muy significativo es que justamente, dentro de este grupo, los temas más frecuentes se refieren a la muerte de padres y familiares. En ese estudio hemos comentado que estas manifestaciones oníricas reflejaban problemas de agresión en relación a la familia y consigo mismo. En los sueños, los padres mueren sin aparecer claramente las causas de la muerte. El soñante llora y se desespera en el sueño y a menudo se despierta angustiado. Hay, sin embargo, casos, sobre todo entre las muchachas, en los que el soñante aparece

(12) "Contribución a la Fenomenología del Ensueño en el Adolescente Peruano". Trabajo citado.

indiferente y aún sonriente y tranquilo. Naturalmente que sólo señalamos la existencia de esta problemática y la sospecha de una interrelación con las expresiones folklóricas del tipo de la canción popular. Es lógico pensar que, tanto los sueños y las fantasías como las canciones populares —cuyos temas nosotros consideramos también como fantasías colectivas— vehiculizan los mismos complejos psicológicos y socio-culturales del pueblo.

Identificación de las Imágenes de la Madre y de la Amante a Través de las Ideas de Muerte y de Abandono

El tema de la muerte de la madre permite expresar un profundo pesar en el contenido manifiesto. El hijo, inconsolable, llora la muerte de su progenitora y clama contra el destino implacable o se resigna humildemente ante la voluntad de Dios.

En el contenido latente de este tema pueden apreciarse, sin embargo, manifestaciones agresivas dirigidas a la madre como ser que abandona y priva del cariño y la seguridad.

En los valses (1), (3), (4), (6), (20), (21), aparecen versiones del tema de la muerte de la madre.

La muerte de la mujer amada es un tema más complejo. Se desea vivamente la muerte de la amante, por un lado, como castigo a su infidelidad y falsía; por otro, se llora desesperadamente su desaparición y el amante sufre la quiebra de todas sus ilusiones. Mientras que el aspecto agresivo de la situación no podía ser expresado en el tema de la madre, sí lo es, y con gran frecuencia, en el tema de la amante, en que el super-ego justifica estos sentimientos como castigo a su "maldad".

El aspecto "positivo", de duelo y congoja por la pérdida del ser querido es expresado igualmente en la muerte de madres y amantes.

Veamos algunos ejemplos de estas actitudes:

26.— Recuerdo noche y día
la ausencia de mi amada
y en profundo silencio
me pongo a meditar
Al saber que está lejos
la extraño con ternura
Su nombre está en un mármol
a través de un cristal
Quisiera despertarla
de un profundo sueño
decirle cuanto sufro
desde que ella se fue
....

"Recuerdos a mi amada", de Luis González Ronceros

27.— ....
Hoy, al verme, la pobre lloró
yo tampoco pude contener
un sollozo que anidaba en mi alma
al ver que marchaba para no volver
Dame un beso por última vez
que la muerte ya veo venir
le dije, llorando amargamente
....
Sólo te pido que pronto, muy pronto
me lleves contigo para no sufrir
sin tí ya no quiero esta vida..

"Hasta la muerte", de autor no identificado

28.— Perdí a mi compañera idolatrada
en mi infortunio siempre lloraré
en la fosa que fuera sepultada
se unirá cuanto, todo loco amé
....
Para subir al suspirado cielo
vino por ella un ángel del Señor
en el mundo me encuentro sin consuelo
¡Oh cruel destino tan malo y traidor!

"Lamentos", vals de la Guardia Vieja.

Pero, a veces, se trata de la muerte de la mujer amada, que, al mismo tiempo es madre. En el vals "Caín del amor", de Eduardo Tasayco Soto, se aprecia esta duplicidad de roles:

29.— ....
... un solo beso
era el comienzo más placentero
de un gran amor
que al florecer
un fruto en nuestro hogar
vino a nacer
Pero un caín maligno, seductor
mi gran cariño me arrebató
pero ese anochecer
la muerte previa los separó
Dios, a ella al cielo se la llevó

....

Veinte años pasaron ya
y hoy mi hijo es todo un varón

El drama ocurre cuando la mujer muere por haber engañado al hombre, dejando abandonados a padre e hijo. La referencia de que "hoy mi hijo es todo un varón", habiendo pasado ya veinte años hace surgir la sospecha de que a través de la identificación con el hijo, el protagonista sufrió en la infancia la misma situación traumática de abandono.

En el vals "Murió mi madre", de Andrés Torres Legarda la situación de abandono de los hijos por muerte de la joven madre no puede ser más dramática:

30.— ....
Murió mi madrecita
sin dicha no ha quedado
soy un desamparado
deshecha mi alma está
Imploro yo al Cielo
y veo su retrato
¡Oh idolatrada madre
tu amor perdurará!
Dicen sus pequeñitos
que lloran y no la hallan
¡mamá! ¡mamá! del alma
¿por qué no volverás?
....
se abrazan y preguntan
¿por qué murió mamá?

El que la muerte de la madre afecta al protagonista —que se supone es un hombre y "a sus pequeñitos", es un detalle por demás significativo.

La situación es muy similar cuando se trata de deserción de la mujer y abandono de sus hijos; la única diferencia estriba en que cuando la amante abandona el hogar es por "perfidia", "crueldad", etc., en tanto que el abandono de los hijos por muerte de la madre se da como "horrible fatalidad" o por "designios de Dios".

Recordemos un ejemplo ya citado, el vals "Mujer sin alma", de Andrés Torres Legarda:

31.— Mujer sin alma...
todo el barrio así te llama
perversa y caprichosa
....
No tuviste compasión
ni piedad de abandonarlos
a los frutos de tu amor
hoy que sufren cruel dolor
al marcharte te llamaban
pero a tu alma de canalla
no le importaba nada.

Ausentarse, alejarse, etc., son ideas equivalentes a morir. De alguien que muere se dice que se alejó para siempre, que voló al cielo que Dios se lo llevó etc. Psicoanalíticamente, viaje y muerte son términos intercambiables en sueños y fantasías. Viajar y alejarse son, a menudo, símbolos de muerte también en el vals criollo.

El hombre también identifica a la mujer con la madre en su arrobamiento sentimental. En el vals "El rosario de mi madre", de Mario Cavagnaro, si bien termina y rompe con la mujer quiere recuperar un símbolo de amor maternal: el rosario de la madre que había obsequiado a la amante.

32.— ....
es por demás que te empeñes en fingir
....
a nadie ya en el mundo
daré mi corazón
devuélveme mi amor para matarlo
....
devuélveme el rosario de mi madre
y quédate con todo lo demás
....

Otro aspecto identificatorio de ambas situaciones de abandono por la muerte de la madre y de la amante es el ansia suprema de un reencuentro en el cielo (13). Son relativamente frecuentes en las letras de los valses alusiones a un querer morir para realizar la eterna unión en el cielo con el ser amado: madre o amante. Creemos que la razón de esto estriba en fantasías de regresión identificatorias o introyectivas asociadas a sentimientos de culpa y deseos eróticos desgenitalizados en la simbolización y en la sublimación. La unión celestial haría posible en la fantasía la satisfacción final de toda una gama de tendencias tanáticas y libidinosas edípicas y pre-edípicas.

Citamos 3 ejemplos: En el vals "Cariño" de Manuel Acosta Ojeda, la unión amorosa con la mujer ideal se hace en la muerte, en un mundo sin tiempo y sin dolor. Veamos los versos:

33.— Dios no ha libertado
del tiempo y del dolor
he pagado mi vida
con sangre y juventud
....
Cariño, yo quiero llevarte
a un lugar
que sólo conozco yo
Cariño, allí no hay destino
ni llega el ladrido de la sociedad
Cariño, allí soy el dueño
es la única parte
en que no manda Dios
....
allí no hay tristeza
ni miedo, ni envidia.

(13) Cielo y, sobre todo, ascender al cielo tiene una clara significación simbólica de unión sexual transparente en infinidad de mitos selváticos.

Es decir, con la muerte nos despojamos de las pasiones y el amor alcanza suprema perfección, aunque esto significa, en último análisis un verdadero mecanismo de evasión.

De la misma estirpe temática es el vals "Mis anhelos", de Luis Abelardo Núñez quien hace decir al desesperado amante:

34.— ....
Viajemos a otro mundo
tomados de la mano
tú sabes cuanto sufro
tan cruento es mi dolor
ven, mátame diciendo
que mi sufrir fue en vano
que moriré sabiendo
que muero por tu amor.

En el vals "Tu y yo", de Alberto Haro la fantasía de regresión y reencuentro con la mujer en el cielo concluye así:

35.— ....
Y así eternamente juntarnos
tu y yo
como si fuéramos astros que
en el firmamento contemplan a Dios.

¿Por qué suceden cosas semejantes con la madre y la amante? Creemos que estos hechos semejantes nos demuestran que realmente la imagen de la madre no es una imagen simple como no lo es tampoco la imagen de la amante. Esta es una razón más que nos permite considerar la existencia real en el inconsciente social de un sector de nuestro pueblo, de la imagen plurisignificativa, con características de ambivalencia de la "Amante-madre", como existe también la imagen compuesta del "Amante-hijo".

El Desvalimiento Neurótico del "Amante-Niño"
Enfermedad — Soledad — Muerte — Sentimiento de Infravaloración

No nos vamos a referir aún a la clásica y específica situación de deserción de la amante una de cuyas consecuencias lógicas es la depresión en el varón. Sólo vamos a considerar lo que podríamos calificar de rasgos infantiles de la personalidad de nuestro protagonista en el vals criollo.

El hombre puede mostrarse como un niño enfermo, desvalido, dependiente, y en extremo quejumbroso. Tal es el tema del popular vals "Me duele el corazón", de Pedro Durán (14):

36.— Me duele el corazón con tal violencia
me duele que no puedo respirar
No sé qué pasará con este gran dolor
de noche no me deja ni dormir
¡Pobre, ay de mí!
. . . .
Dónde están mis amigos, no los veo
dónde están mis hermanos, nos los hallo
solito he de llorar, solito he de sufrir
solito yo me tengo que acabar
¡Pobre, ay de mí!
. . . .

Las actitudes de queja y desvalimiento, asociadas inclusive a manifestaciones somáticas de la angustia y la depresión, van a ser características notables en la personalidad de nuestro enamorado varón en el vals peruano.

Otro vals, interesante bajo este aspecto, es el titulado "No me beses", de Luis Molina. La letra dice:

37.— No me beses que estoy muy enfermo
no me beses, te pido por favor
hace tiempo no como ni duermo
de pensar en este cruel dolor
Mucho tiempo ya llevo postrado
en la cama de un hospital
ya la ciencia me ha desahuciado
contagioso y malo dicen que es mi mal
. . . .
Estoy frío
no puedo moverme
tápame la cara
hazme ese favor.

El tema de este vals es la fantasía paradigmática del aniquilamiento y de la entrega a la muerte. Difícilmente podrá encontrarse una ac-

(14) Pedro Durán, recientemente fallecido, tiene trabajos inéditos sobre algunos aspectos literarios del vals criollo.

titud de sufrimiento, de renuncia a la lucha y de masoquismo más conmovedoramente neurótica que ésta.

En otros valses aparecen en el hombre la misma actitud pero ya como un estado permanente del ánimo, como un "destino".

En "Corazón herido", de Luis Gálvez Ronceros, por ejemplo:

38.— Llora corazón llora tu pena
cómo no has de llorar
si estás herido
como no has de sufrir
....
que es tu amarga condena
si estás vencido
el sufrir y llorar.

y en "Noche Triste", de Nicolás Wetzell:

39.— La noche va tendiendo lentamente
una sombra silenciosa
en mi lecho de dolor
No hay nadie que calme mis penas
y alivie los males
que agobian mi pobre alma
....
No puedo más sufrir
me canso de esperar
los días son un mundo interminable
....
te ruego que me tengas compasión.

En ambos valses el hombre está vencido y anhela la compasión. Esta actitud se actualiza más claramente cuando el hombre es abandonado por la mujer y entonces la vida se transforma para él en un verdadero calvario y se clama por la muerte con morbosa insistencia. Veamos unos ejemplos:

40.— ....
No puedo vivir sin verte
....
ya no puedo más
con tanto llorar
mejor viniera la muerte.

"Angustia", de Pablo Mesías.

41.— ....
...el fracaso que hoy agobia
mi probre alma
No me dejes solo, por favor
que si me falta tu amor
ya no tengo salvación.

"Perdóname", de Oswaldo Altamirano Tenorio.

42.— ....
... préndeme un cigarro
y pónmelo en la boca
....
quiero con el humo
resolver aquel amor

....
hoy termina una ilusión
Quiero, fiel amigo,
que no te muevas de mi lado
mis últimos minutos
quiero vivir acompañado.

"Préndeme un cigarro", de Adalberto Oré Lara.



43.— ... este dolor que me agobia
es de no verte a mi lado
Dime mujer hasta cuando
me has de tener sollozando

"Sollozos", de Héctor Torres B.

Estas actitudes inmaduras, expresión de otros tantos rasgos infantiles de la personalidad (desvalimiento, dependencia, ansia de morir, tendencia al llanto y al sufrimiento) concuerdan con la imagen del "amante-niño" que hemos descrito.

LA IMAGEN DE LA MUJER EN EL VALS

Ambivalencia Funcional de la Imagen Femenina:

La Mujer Santa y la Mujer Perversa y Prostituída

Un aspecto dinámico importante en el estudio de los protagonistas es el que concierne a la ambivalencia emocional que el hombre atribuye a la imagen femenina. Para él, la imagen compuesta de la "Amante-madre" exhibe atributos radicalmente antagónicos y puede ser concebida ya como una diosa, ya como una mujer perversa.

La Mujer Santa.— Con mucha frecuencia la mujer es vista como la ilusión de toda la vida:

44.— Eres el amor con que soñé
eres la ilusión que me forjé
eres tú, mujer, para mi vida
la nota más querida
la más tierna ilusión.

"Historia de mi vida", de Mario Cavagnaro.

La mujer amada es comparada a una hada o a un ángel:

45.— ....
Bendita tú seas
hada de los bosques
diosa del misterio
bello ángel del amor.

"Amelia", de Felipe Pinglo.

Es vista también como un ídolo:

46.— ....
¿Por qué mujer o ídolo
quieres martirizarme
Idolo... tú eres mi amor.

"Idolo", de autor no identificado.

En el vals "Amor iluso", de Felipe Pinglo, la mujer es cantada en términos de exaltación:

47.— Ven, dame a mi, morena
el trono de tu ser genial.

Es la solución de toda angustia, una especie de hada y madre mágica:

48.— ....
Tú, con la magia azul de tu ternura
protegerás mi juventud dolida
harás que broten rosas de ventura
en el árbol sombrío de mi vida.

"Secreto", de Amparo Baluarte.

Es una diosa en el vals "Si tú me quisieras", de Manuel Acosta Ojeda:

49.— ....
Haría en caña y junco florido
sobre una colina
una linda choza
y cuando el día
quedara dormido
quemaría incienso
en tus pies de diosa.

Naturalmente, en estas fantasías populares, el cariño por la mujer es un cariño "santo" como se aprecia en la letra del vals "Perdóname", de Oswaldo Altamirano Tenorio:

50.— ....
Pero, por Dios, no me dejes
Solo un cariño santo
como el tuyo
podrá salvar mi vida.

Y en el vals "Nunca me faltes", de Miguel Correa:

51.— Nació en mi pecho el calor
de un amor santo
nunca me faltes amor
te quiero tanto.

Hada, ángel, ídolo o diosa, la mujer es vista en el vals peruano, en la exaltación amorosa del varón, como la suprema meta de la existencia y su amor como el supremo anhelo de la vida. Nosotros diríamos en nuestro lenguaje psicodinámico que la mujer es concebida como la "Amante-Madre-Buena" y que la idealización de la enamorada por el adolescente y de la mujer por el hombre adulto se refuerza o identifica con la idealización de la madre por el niño emocionalmente deprivado.

La Mujer Perversa y Prostituída.

La Mujer Perversa.— No obstante lo anterior, la mujer es también considerada, en alternante ambivalencia, como una vil criatura. La imagen que el hombre tiene de ella es la de un ser cruel, venal y abyecto. Causa, en realidad, asombro enumerar la multitud de calificaciones peyorativas e insultantes de que es objeto la mujer en el vals peruano. Este hecho, de por sí merece un estudio psicodinámico integral y una seria consideración por parte de nuestros investigadores sociales y culturales.

Presentaremos algunos ejemplos para ilustrar lo dicho anteriormente:

52.— ....
Traidora, pervertida en el amor
ingrata, sin conciencia,
de alma negra.

"Alejandrina", de Pedro Arzola.

53.— Por falsa y traicionera, mujer
mereces cruel castigo
como marca indeleble
para la eternidad.

"Tu castigo", de Miguel Correa.

54.— Hoy que comprendo el fracaso
de mi suerte, huye maldita,
no mereces ni el perdón.

"Rencor", de Augusto Rojas.

55.— Porque no ha de haber,
infame mujer
quien te pueda amar.

"Maruja", de Alejandro Acosta.

56.— ....
y tu faz de coqueta tan banal
....
ni mi perdón has de
alcanzar, mala mujer.

"Por tu querer", de Felipe Pinglo.

57.— ....
En mi memoria está
promesa de infame mujer.

"Pasión y Odio", de Felipe Pinglo.

58.— ....
Mujer interesada, mereces el desprecio
que por buscar el lujo
tu hogar lo abandonaste.

"Mujer interesada", de Rómulo Varillas.

Este último vals toca un punto interesante, que se repite, como tema en otros tantos valses. Se afirma ahí que la mujer abandona el hogar en busca de una mejor situación económica ("lujo"), es decir se hace referencia por primera vez al problema económico del hogar como un probable factor determinante de la conducta voluble e inestable de la mujer frente al hombre. Sólo vamos a plantear aquí el problema para retomarlo en mejor oportunidad.

Como habíamos dicho anteriormente, son innumerables los valses cuyo tema se refiere a la falsedad, el engaño y la perfidia de la amante. La gran frecuencia de estas calificaciones nos permite sospechar la existencia de severa patología familiar y social en nuestras clases populares.

La Mujer Prostituída.— Dentro de esta negativa concepción de la mujer, existe una referencia específica según la cual se le atribuye proclividad al libertinaje sexual y aún a la prostitución.

En las fantasías temáticas que estudiamos, la secuencia general que justifica esta aserción puede ser formulada en dos versiones distintas que, a veces, pueden superponerse:

a) Habiendo abandonado la mujer al amante "amoroso y sincero", su "destino" la conduce a la "perdición", como castigo de su maldad.

b) La mujer, debido a su perfidia, prefiere el libertinaje sexual al honrado amor de un hombre.

Los ejemplos que siguen son suficientemente elocuentes:

59.— ....
Mujer interesada, no mereces el perdón
todo lo que ambicionas
se encuentra en aquel sitio
donde corre el dinero
y hombres a montón.

"Mujer interesada", de Rómulo Varillas.

60.— En un rincón del arrabal
la ví rodar
y sus ojitos verdemar
tenían huellas de llorar

Marchita flor
que ya perdiera su color
por un capricho del amor
que la dejó en la perdición.

"Tu perdición", de Augusto Polo Campos.

61.— . . . .
Me cuenta un amigo
que hoy vives de noche
. . . .

Por tu belleza tendrás de todo
y con caricias las pagarás
Serás mimada, muy cotizada
pero tú al cielo no mirarás.

"Me cuenta un amigo", de Adalberto Oré Lara.

62.— Tú acabas con la vida
del que te ama
. . . .
Hoy te ves convertida en mercancía
has perdido la vergüenza
para siempre.

"Alejandrina", de Pedro Arzola.

63.— Maruja de mi vida
vivirás ligada tan solo
al capricho del que no te ama
y sólo te desea

. . . .

porque a ti te compró
por lo que solo valías.

"Maruja", de Alejandro Acosta.

64.— . . . .
Vuela mariposa del amor
juguete del destino
hoy te toca reir a ti,
mañana a mí.

"Engañada", de Tito Barreda y Luis A. Núñez.

En suma, de acuerdo a los temas expuestos, la mujer es una "mercancía" que se puede "comprar", es interesada, es una "mariposa del amor", "un juguete del destino" que, desde luego, merece la "perdición", lo que, dicho sin eufemismos, significa prostitución.

Desde hace algunos años hemos tenido la sospecha de la existencia de actitudes duales en el hombre del pueblo peruano cuando se trata de las relaciones afectivas con la mujer. La experiencia en el trato con gente de la clase trabajadora en el Hospital del Seguro Obrero nos ha mostrado frecuentemente —y esto lo señaló por primera vez C. A. Seguín— una peculiar actitud del varón frente a la mujer; en el senti-

do que tiende a considerar la existencia de dos clases de amor y por ende de dos tipos de mujer en su vida: La mujer para el amor carnal y aquella para el amor sentimental y sublimado, no siendo fácil para él conjugar en una sola mujer sus ansias de romanticismo y sus deseos sexuales.

¿Por qué la imagen de la mujer puede asumir en el vals peruano connotaciones tan radicalmente opuestas en la mente del varón?. Todo conduce a pensar que la imagen de la mujer es una imagen conflictiva con atributos buenos y malos. El hombre idealiza a la mujer en un primer momento y entonces para él es una santa; en un segundo momento, por haber sido frustrado en sus expectativas, la imagen de la mujer adquiere contornos de perversidad y perfidia. ¿A qué experiencias previas podemos referir esta actitud? Ha existido en la vida del adolescente o del adulto una primera imagen, similar, capaz de crear conflicto y ambivalencia en sus sentimientos, modelo de todas sus actitudes futuras? Si, creemos que la madre ha sido esta primera imagen fundamental, generadora de afectos positivos y negativos y que posteriormente la amante, la enamorada permite reeditar, actualizados por los impulsos sexuales, el amor y el odio adscritos primitivamente a las gratificaciones y frustraciones orales, en forma especial. El sentimiento de abandono en situaciones reales o fantaseadas contribuirá a acentuar posteriormente este conflicto.

Para el niño la madre simboliza la pureza. Con las primeras revelaciones sexuales que representan a la vida erótica como denigrante, la madre pierde su pureza a los ojos del niño. La madre también tiene relaciones sexuales y para él ya no hay diferencia entre madre y mujer pública. En la pubertad la reactivación del complejo de Edipo hace que desarrolle fantasías de infidelidad maternal y se identifica inconscientemente con el imaginado amante de la madre, de ahí la condición promiscua y venal que debe tener la mujer amada, que en otro momento es vista pura y santa como la primera imagen de la madre. No hay que indagar mucho para descubrir las tendencias a la promiscuidad sexual (favorecidas a veces por circunstancias socio-económicas) en ciertos niveles populares.

En el folklore los conceptos fundamentales de tierra, madre, mujer, amante que incluye los conceptos de amor y protección, son intercambiables y ciertamente idénticos en muchos mitos y leyendas. En el hablar del pueblo, la enamorada es una "madre", una "mamacita".

Definiendo mejor nuestro pensamiento y a juzgar por la frecuencia de las actitudes ambivalentes en el vals, la mujer amante representa alternativamente las imágenes de la Madre buena y de la Madre mala según gratifique o frustre el varón.

Sin embargo, debemos señalar que otros conflictos aparte de los orales se hacen presentes en los dramas fantaseados del vals. La imagen de la mujer prostituída probablemente es un eco de conflictiva edípica en que, aparte de abandono y deprivación, reproduce la angustia infantil de sentir a la madre ajena o de tener que compartirla desfavorablemente con otras personas. También el drama de la muerte de la madre puede representar problemática de nivel edipiano.

Ambivalencia Emocional del Hombre Frente a la Mujer

El estudio psicodinámico en el vals cobra mayor importancia cuando analizamos la ambivalencia de los afectos del varón hacia la mujer.

Denominamos ambivalencia afectiva a la coexistencia de sentimientos y actitudes opuestas y a menudo irreconciliables, que pueden ser expresados en una forma simultánea o alternante.

En los textos de muchos valses no existe la expresión unívoca y congruente del amor o del odio como sentimientos que dominan en el tema dramático, sino que de la manifestación de un afecto positivo se pasa a la expresión de uno negativo en rápida secuencia, llegándose a dar, en forma simultánea, sentimientos de rendida admiración y de violento rencor, es decir una verdadera confusión de afectos:

65.— . . . .
Dime si esclavo quieres
que yo sea de tu ser genial
toditos mis afectos
para tí serán
Amor tan pispireta
tan pervertida y pícara realidad
. . . .
Cariño tan perrete
que así traicionas
mi canto de verdad.

"Amor iluso", de Felipe Pinglo.

No nos referimos, por supuesto, a la secuencia tan general del odio que sigue el amor frustrado sino a la coexistencia de ambos sentimientos.

66.— Vete ya si es que quieres marcharte
déjame si es que quieres dejarme
Aléjate, mas no quiero que olvides
que si te vas, contigo se va mi corazón.

"No vuelvas más", de Emilio Peláez Montero.

Aquí, al rencor por el abandono inminente se asocia una desesperada declaración de amor.

67.— ....
Y con el fuego
de una pasión sacrosanta
mi corazón te entregué
y tu lo mutilaste

....
Y aunque tristeza
solamente me dejaste
yo volteé los ojos
y te bendije.

"Tristeza", de Raúl Cáceda R.

En estos versos, el hombre, a la vez que reprocha a la cruel mujer, la bendice.

Amor y rencor se dan juntos en los siguientes valses:

68.— Me miras con rencor
y en tu mirada
veo que me quieres más.

"Hipocresía", de Clemente Reynoso.

69.— Odiame, por favor, yo te lo pido
odio quiero más que indiferencia
....
si tú me odias quedaré convencido
que tu me amaste mujer con insistencia.

"Odiame", de Rafael Otero.

Amor y sufrimiento son equivalentes en los tres valses que siguen:

70.— ....
Amar es sufrir
sufrir es querer
y cuando se sufre
se quiere de verdad.

"Mi llanto", de Héctor Torres.

71.— ....
Si me alejo de tí
es porque yo quisiera
que seas muy feliz
aunque mi amor se muera.

"Nube Gris", de Eduardo Márquez Talledo.

72.— ....
Hoy que la infiel conquistó mi corazón
juega con él y por jugar lo destrozó
....
Hoy que ya no tengo el querer de esta mujer
no sé vivir porque en mi ser no hay corazón.

"Por tu querer", de Felipe Pinglo.

El Masoquismo y la Agresión Vuelta al Yo

Las actitudes masoquistas que reflejan un vuelco de la agresión sobre la persona misma aparecen nítidas y frecuentes en nuestro vals. El Yo recibe el impacto de una agresión que no encontró al objeto que la provocó o de una agresión que fue impedida de exteriorizarse. Pero no es sólo hostilidad lo que encontramos. Existe un elemento erótico, un verdadero placer en la autodestrucción del que se hace gala y se goza con fruición patológica. He aquí tres ejemplos:

73.— ....
Dame luz de tu amor
y no me engañes
escucha la pasión
del que agoniza.

Mátame con el fuego
de tu mirada
hazme polvo y
vuélveme ceniza.

"Cenizas", de la Guardia Vieja.

74.— ....
Me duele el corazón con tal violencia
que arrancarlo de mi pecho yo quisiera
y llevarlo en la mano a tu presencia
¡ay! y oprimirlo fuertemente hasta que muera.

"China Hereje", de la Guardia Vieja.

75.— Quiero morir
porque morir anhelo
después de haber sufrido
tanto y tanto
....
sólo sé que seres
pobres como yo
sólo estamos de estorbo
aquí en la tierra
....
Hoy les diré que fue mi hogar
el más querido
pero la ingrata
se marchó con otro
....

Por eso busco la muerte
para olvidarme de todo.

"Quiero morir", de Gilberto Plasencia.

El deseo de morir es una variante de las actitudes masoquistas. El hombre abandonado expresa su agresión sobre sí mismo y desea morir. Desaparecido el objeto de su vida no hay más elementos valiosos que den sentido a la existencia y la muerte es el epílogo natural.

Es de señalar que no estando, por lo general, bloqueada en el vals la expresión agresiva hacia la mujer (la mujer es "vil", "infame", etc.), sin embargo, el hombre recurre a la depresión masoquista cuando es abandonado. Este hecho puede revelar dos cosas:

1.— Que la agresión suscitada es de nivel oral y/o
2.— Que la ambivalencia ante la mujer es excepcionalmente fuerte.

Destino — Fatalidad — Resignación

Es de todos conocida la adhesión de nuestro pueblo a la filosofía de fatalismo y del destino. Los conceptos de mala y buena suerte juegan un papel importante en nuestras vidas. En el vals el destino surge omnipotente. La voluntad del hombre y de la mujer desaparecen y todo se debe a la fatalidad, el destino y la muerte y, naturalmente, ante tal situación, la única actitud posible es la Resignación.

En el vals de Miguel Cabrejos "Me salvó con su amor", aparece la buena suerte:

76.— ....
...yo era un borracho perdido
....
Quiso **la suerte** que un día
encontrara en mi camino
a un ángel tan querido.

Es esta la referencia ingenua y optimista a un hecho feliz, a las circunstancias en las que el protagonista no participó, circunstancias que constituyen la "buena suerte". Pero esta "buena suerte" también pue-

de ser "mala suerte", que se acepta en forma pasiva y sirve de racionalización y pretexto para toda incapacidad, toda imprevisión y todo defecto psicológico, tal como se expresa en "Triste Bohemio" de Isidoro Berrocal:

77.— Ay, qué triste y desgraciado
he nacido yo
. . . .
así es **la suerte**
de un triste bohemio.

El Destino es, como la Suerte, algo que debe uno aceptar y sufrir. Alguien le traza el camino al hombre y este destino, que a veces es Dios, tiene designios tan profundos que escapan a la comprensión del hombre, quien ni siquiera intenta esclarecer.

Dos ejemplos ilustrarán este concepto:

"Irma", de Sergio de la Cruz:

78.— Mi Dios quiso un día
te hallara en mi camino
para perderte luego
y no hallarte jamás

por eso es que angustiado
prosigo mi **destino**
con sólo la esperanza
de amarte más y más.

"Triste despedida", de Emilio Peláez Montero:

79.— Dicen que las despedidas
son muy tristes
yo digo que tu partida
para mí es la muerte
. . . .

Sólo me consuela el saber
que si te alejaste es porque
el **destino** así lo quiso
que tú sufres tan igual que yo.

Según la concepción del fatalismo, nadie es culpable; es el Hado o el Destino quien rige nuestras vidas y del que no podemos escapar. Así, entonces, la responsabilidad por nuestras acciones no es nuestra y no tenemos que preocuparnos mucho si fracasamos. En otros términos, el sistema de seguridad psicológica no está dentro de nosotros mismos, sino proyectado al exterior, en un mundo de voluntades ajenas, de hados inexorables y fatales.

Es inevitable ver en esta actitud no sólo una aceptación pasiva sino un desplazamiento y sublimación —en tanto que defensa socio-cultural— de la pobre autodeterminación en el mundo del niño y del jo-

ven. Niños y jóvenes petenecientes a ambientes socio-económicos en donde la propia voluntad no es tomada muy en cuenta y donde otros casi siempre deciden por ellos.

"Sólo me consuela el saber que si te alejaste es porque el destino así lo quiso". Es el "leit-motiv" del vals.

Esta filosofía popular anula la lucha, infravaloriza al hombre y lo aparta de metas positivas y de la acción. Es la filosofía del coartado, del ciego existencial, ser esencialmente distinto del hombre libre y luchador.

Pensamos que la abrumadora cantidad de experiencias en las que el hombre es "objeto" y no "sujeto" de acción predispone a creer en la suerte, el destino y la fatalidad. El ser no se sabe a sí mismo agente actuante, modificante y creador de realidades. Sólo siente que es guiado, mandado, y sobre todo, usado sin conciencia clara de meta, intención o beneficio.

En general, el destino está contra la voluntad del hombre para producir dolor y ansiedad.

Podemos formular, finalmente, esta concepción, diciendo que la filosofía del Destino es la etapa final de un proceso de abstracción que comienza con la percepción, en la infancia, de la ineficacia del yo para dirigir la propia vida y continúa con la convicción de la existencia de voluntades ajenas, sobrenaturales que deciden por uno.

EXPLORACION FENOMENOLOGICA DEL VALS EN UNA MUESTRA DE OBREROS Y ESTUDIANTES

Encuesta sobre el Vals Peruano

Hemos realizado una encuesta en una muestra de 500 estudiantes y obreros de ambos sexos con finalidades exploratorias y no estadísticas. En la encuesta hemos averiguado:

1.— El vals que más gusta.

2.— El vals considerado más popular.

3.— El vals cuyos versos pueden recordar y escribir.

4.— Se ha precisado la preferencia del vals, sea por la letra o por la música.

Obtenida una lista de los valses que más gustan, de los considerados más populares y de los que recuerdan de primera intención los probandos hemos procedido a hacer un análisis de los mismos para lo cual hemos confeccionado una pauta ad-hoc, en parte tomada de las que Henry A. Murray y Tonkins emplean en el análisis de las historias en el Test de Apercepción Temática. La razón para aplicar a los temas del vals las mismas pautas que Murray y Tenkins emplean en el análisis de las historias del T. A. T. es porque los temas y motivos del vals constituyen verdaderas historias a menudo de contenido dramático, susceptibles de análisis psicológico.

Dicha pauta es la siguiente:

1.— Título de la canción.
2.— Tema.
3.— Frases características de la canción.
4.— Protagonistas, rasgos caracterológicos y actitudes.
5.— Conducta, y sentimientos del héroe.
6.— Actitud frente a la sociedad.
7.— Manifestación del amor y el sexo. Secuencia
   a) Situación
   b) Viscisitudes de la situación (amenaza de ruptura, etc.)
   c) Consecuencias
   d) Conflicto manifiesto y conjuración (defensas)
8.— Mecanismos inconscientes que se descubren.
9.— Conceptos del hombre, la mujer, el amor, la vida, etc. (filosofía de la canción).
10.— Psicodinamia (conflictos latentes): Comentario.

Estamos llevando a cabo este estudio en cada uno de sus aspectos. Así, el aspecto de la psicodinámica, el único del cual vamos a dar los resultados, ha sido considerado después de comparar cuidadosamente, en todos los valses obtenidos, los elementos estructurales y dinámicos de los demás puntos.

La encuesta se realizó en 500 personas, 250 obreros y 250 estudiantes, de los cuales 270 eran del sexo masculino y 230 de sexo femenino, cuyas edades oscilaban entre los 14 y 70 años, siendo las de mayor frecuencia las comprendidas entre los 20 y 29 años.

De estos 500 probandos, 364 procedían de Lima y Callao, 70 procedían de la zona de la costa y 66 procedían de interior del país, siendo

individuos que habían permanecido en Lima por espacio de uno o varios años.

Resultados de la Encuesta

El vals que más gusta.— Ocupó el primer lugar "El Plebeyo" con 18.4%; el segundo, el vals "La Flor de la Canela", con 9.4%. Siguen luego otros, con menos porcentaje.

El vals más popular.— Resultó ser "La Flor de la Canela" con 27.2%. Le siguen "El Plebeyo", con 12.6% y en menor porcentaje otros.

El vals más recordado.— "El Plebeyo", con 13.8%, en segundo lugar "La Flor de la Canela", con 6.4%.

Como en toda encuesta, ha habido personas que no han respondido, siendo su porcentaje promedio de 8.4%.

Como en este trabajo no vamos a considerar un estudio de cada grupo por separado de respuestas correspondientes a obreros y estudiantes, (que será planificado posteriormente) hemos formado un solo grupo con el total de los valses mencionados por los probandos, grupo constituído por 132 valses.

En ellos hemos realizado un análisis psicodinámico, con la pauta mencionada más arriba. El objetivo ha sido precisar los conflictos latentes que se encuentran en la canción popular.

Consideramos que los motivos encerrados en la letra de los valses constituyen verdaderas fantasías y como tales las hemos tratado.

El análisis de las fantasías nos ha revelado que, en los 132 valses considerados los más populares por un grupo de 500 probandos, se encuentran los siguientes temas en orden de frecuencia:

1.— *El Tema del Abandono*, que incluye fantasías de deprivación, separación y alejamiento.

Este tema aparece en 52 valses y representa el 39.4% del total. La situación de abandono y separación trae como consecuencia las siguientes reacciones, por orden de frecuencia:

a) Manifestaciones depresivas como depresión, humillación, pena, masoquismo, muerte, nostalgia, sufrimiento, ect., que se repiten en 44 valses.

b) Reacciones de hostilidad con agresividad manifiesta, orgullo, rencor, lucha, venganza, etc., que se repite 15 veces.

c) Reacciones con amor, con exaltación de amor, perdón, esperanza, compasión, etc., 6 veces.

d) Reacciones de búsqueda de sustituto, 4 veces.

e) Reacciones con regresión, refugio en el licor, música, etc.

f) Reacciones con angustia; con autoaniquilamiento; con sentimiento de ambivalencia y deseo de ver a la mujer prostituída, 2 veces.

g) Reacciones de anhelo de retorno, 5 veces.

h) Reacciones con sentimiento de inferioridad, 1 vez.

2.— *El Tema de la Frustración*, que incluye fantasías de desilusión, engaño y falsedad.

Este tema aparece en 31 valses y representa el 23.48% y trae como consecuencia las siguientes reacciones por orden de frecuencia.

a) Manifestaciones agresivas, con rencor, protesta, sarcasmo, odio, venganza, deseo de muerte, etc.

b) Manifestación depresivas que incluyen, depresión manifiesta, desolación, deseo de morir, autohumillación, fatalismo, masoquismo, etc.

Menos frecuentemente hallamos reacción de angustia, de exaltación del amor, regresión con refugio en el licor, ambivalencia y deseo de ver prostituída a la mujer.

3.— *El Tema del Amor*, amor puro, amor adolescente, amor correspondido, está presente en 18 valses, lo que representa el 13.64%. Puede apreciarse que no es precisamente este tema optimista y fresco de exaltación de la belleza de la mujer y de la ilusión del primer amor el que predomina en nuestros valses.

Parece como si este tema, originalmente simple y bello, hubiera sufrido la distorsión conflictiva que crean las fuerzas tanáticas.

4.— *El Tema de la Regresión*, evocación, nostalgia y anhelo de retorno, aparece en 14 valses, lo que representa el 10.66%. Parece reflejar un profundo deseo de huir de la realidad.

5.— *El Tema de Masoquismo*, con rebajamiento, auto-destrucción y dependencia aparece en 6 valses, con 4.55% y revela otra ángulo de la problemática agresiva; esta vez la agresión volcada a sí mismo.

6.— *El Tema de la Afirmación del Yo*, a través de las tradiciones, del amor, etc., aparece en 5 valses, lo que representa 3.79% y revela una saludable reacción psicológica, pero su porcentaje es pequeño.

Los temas de gratificación oral y sensual y tema de ser agredido aparecen, respectivamente, dos veces, con 1.52%. Los temas de venganza y exaltación de héroe aparecen una sola vez. En realidad, no desempeñan un papel significativo dentro del conjunto estudiado.

Discusión y Conclusiones de la Encuesta

Como el vals que más gusta aparece "El Plebeyo", lo que creemos refleja la preferencia emocional.

La temática de este vals, que es conocido internacionalmente, se refiere a la aspiración del hombre del pueblo por conquistar el amor de una mujer de alta sociedad.

El análisis, en un plano superficial nos conduce a considerarlo como una fantasía de frustración por trabas sociales y sentimientos de inferioridad y tal vez se expresa una psicodinamia más profunda de frustración, cuyo origen estaría en los primeros años de la vida, conflictiva que determina como reacción, protesta y rebeldía.

Creemos que esta temática y este contenido de frustración por diferencias sociales y por los propios sentimientos de inferioridad, expresa el mensaje de un conflicto que está latente en un sector del pueblo donde las clases sociales son tan marcadas traduciendo, efectivamente problemáticas más profundas que analizaremos en otra oportunidad.

Los valses que siguen en orden de aceptación, tales como la "Flor de la Canela", "Viva el Perú y Sereno", se refieren a una evocación de las tradiciones limeñas.

En la selección del vals más popular, tenemos la impresión que han intervenido más factores de orden intelectual que emocional.

El vals titulado "La Flor de la Canela" es considerado como el más popular. Debemos tener en cuenta que esta popularidad predomina entre los estudiantes más que entre los obreros.

El tema de este vals, en un plano superficial refleja, una visión romántica y nostálgica del pasado. Hay optimismo y exaltación de los encantos de la mujer de antaño, lo que permite la afirmación del Yo a través de la tradición, tanto como una regresión al pasado.

El capítulo que se refiere al vals recordado, cobra especial importancia porque la evocación de estos valses responde a una emoción más o menos profunda, ligada al recuerdo. Sólo diremos que los valses más recordados son, nuevamente "El Plebeyo" y "La Flor de la Canela".

Aparte de estos resultados consideramos que es importante haber identificado, dentro de la temática de nuestros valses, 10 tipos de fantasías que, de algún modo, creemos están en relación con la real conflictiva psicosocial de un gran sector del pueblo.

OTRAS MANIFESTACIONES FOLKLORICAS MUSICALES DEL PERU

No pretendemos haber agotado con el análisis del vals, el conocimiento de la personalidad del peruano a través de folklore musical. Este es tan sólo el comienzo de un estudio que tendrá que abarcar las demás expresiones musicales del Perú. Nos referimos a la marinera, el tondero, el festejo, el huayno, el yaraví, etc.

Cada una de estas manifestaciones folklóricas tiene su área definida de difusión e influencia, sus cultores, su historia y sus proyecciones en el futuro. Cada una también tiene su personalidad, sus temas, sus protagonistas y su mensaje. No sería aventurado decir que cada una expresa un carácter regional o sub-personalidad cultural.

De lo que sí estamos seguros es de la necesidad de una investigación sistemática con metodología adecuada de todos los elementos esenciales de nuestro mosaico folklórico musical. Sólo después de este estudio estaremos capacitados para emprender una investigación transcultural seria en Latinoamérica y en otras latitudes.

EL VALS PERUANO, EL TANGO, EL CORRIDO Y LOS RITMOS CUBANOS

Notas Comparativas entre el Vals Peruano y el Tango

Este breve estudio comparativo lo haremos entre los temas más frecuentes y populares del vals criollo y el tango argentino. Para ello tomaremos los datos fundamentales de la obra "Las letras de Tango" de Idea Vilariño (15).

En el tango como en el vals existen temas que tienen vigencia universal. Existen temas relacionados con el amor, la mujer fatal, el amor a la madre, etc., que son comunes a ambos.

En cambio hay motivos y temas que sí son creaciones del tango: el bandoneón, la Calle Corrientes, Buenos Aires, el tango mismo, la mu-

---

(15) Idea Vilariño.— Las Letras de Tango, Editorial Schapire.— Buenos Aires.

jer que triunfa en la vida nocturna y es enfrentada a su final desastroso, la flor del barrio que se pierde, etc.

El tema del hijo arrepentido que vuelve no es tan frecuente en el vals como en el tango. En el tango aparece la oposición madre-amante francamente expuesta en términos de rivalidad y que junto con otro motivo, la hija ingrata que abandona a su madre y marcha a la prostitución, se han convertido en fórmulas fijas y permanentes.

En el tango el decir amor, se supone todo aquello que le es inherente: la traición, el hastío, el olvido, los consiguientes rencores, súplicas, odios, etc.

Las relaciones entre el hombre y la mujer son motivos del tango cuanto más conflictivas son. El amor feliz no es una motivación muy atendida y son escasas las letras dedicadas a él. En el vals peruano existe la misma inclinación. Se canta al amor mentido, trunco y falso. El fracaso amoroso es pues el tema que más impacto hace en ambas composiciones.

El hombre abandonado.

Un punto de coincidencia es el que se refiere al motivo del abandono. Como hemos visto, un gran número de letras de valses son dedicadas al asunto del hombre abandonado por la amante (a veces amante-madre) "voluble y pérfida". En el tango han sido tipificados una serie de motivos que se refieren al abandono:

a) Se canta exclusivamente el abandono sin que medie traición. Simplemente la mujer se va y el hombre sufre.

En el tango "Amurado" se lee:

"Una tarde mas tristona
que la pena que me aqueja
arregló su bagayito
y amurado me dejó.

No le dije una palabra
Ni un reproche ni una queja
la miré que se alejaba
y pensé: todo acabó"

b) Ella se va con un tercero. Se suma la traición. El hombre sufre por el desamor, la ingratitud, pero el amor es más fuerte que el odio y por eso el afectado se queja con ternura, con perdón.

c) Es el mismo caso de infidelidad pero sin perdón.

d) Infidelidad como venganza en que se hace presente una actitud más activa, la de buscarlos a ambos o a uno de ellos.

e) La partida de la mujer es un alivio, una alegría, una liberación.

En el vals peruano se dan también estas variantes del abandono pero las situaciones d), y e) son raras. La expresión directa de la venganza con muerte de la infiel no llega a expresarse en nuestro vals como en el tango. Un ejemplo de ello es el siguiente verso del tango "Fondín":

Diez años son que una noche
borracho de odio y de vino
quiso perderme el destino
y frente a frente
me la encontré;
no pude más y vencido
contra esa puerta
yo la maté.

Una variante de la venganza por el abandono es el tema del duelo criollo, que no aparece en nuestro vals.

La Mujer Fatal y "La Madrecita Buena".

La mujer fatal en el tango como en el vals puede ser un elemento secundario en otros motivos o temas, por ejemplo en el que abandona a su madre, pero puede ser por si mismo un tema. Se trata de aquella que con el poder de su sensualidad o su belleza sumado a sus caprichos y su "negro e insensible corazón" deshace la vida de un hombre. Es de notar que mientras en el tango la mujer fatal es la antítesis de la "madrecita buena" que el hombre abandona, en el vals no hay esa referencia o es sumamente rara. Diríase que en el tango la Madre buena y la Mujer fatal son dos imágenes separadas y antagónicas en tanto que en el vals peruano se ha logrado una síntesis de ambas imágenes y la mujer es alternativamente Madre buena y Mujer fatal (Madre mala).

Dos ejemplos ilustrarán lo dicho:

En el tango "La Cumparsita", se lee:

"Abandonó a su viejita
que quedó desamparada
y loco de pasión,
ciego de amor corrió
tras de su amada
que era linda, era hechicera,
de lujuria era una flor
y burló su querer
hasta que se cansó
y por otro lo dejó.
Largo tiempo después
cayó al hogar materno"

Es decir, el protagonista abandona a la madre por la mujer, que resulta mala.

En el vals peruano "Sacrificio" de Luis Dean, el tema es como sigue:

"Mucho te he querido
y me he sacrificado
por verte feliz.
tú en cambio me has pagado
como me han pagado
todas las demás.

Ahora que no tengo
para darte el lujo
que yo antes te dí
Te ausentas de mi lado
dejándome enfermo de tanto sufrir".

En los valses peruanos, el hombre no abandona a su madre por una mujer. Simplemente se encuentra con una mujer mala y falsa que lo abandona a él.

Dos temas notables en el tango: la linda que se "pierde" y el paso del tiempo.

En el tango la muchacha linda del barrio, que vive en un hogar honrado y viste de percal cae en las redes de un hombre sin escrúpulos, con promesas de amor y de lujo. Es seducida y arrojada al cabaret, en el mejor de los casos.

En el vals peruano este tema es raro. El énfasis de la historia se coloca en el hombre y no en la mujer. No es la vida de la mujer la que interesa sino la del hombre frustrado y abandonado.

En el vals la mujer es mala por sí misma, nadie la engaña. Si ella se "pierde" es porque "es voluble, de mal corazón, pérfida", etc.

Hay en el tango mayor énfasis en el tema del paso del tiempo que en el vals y así son frecuentes las referencias al efecto de la edad, la enfermedad, la ruina, el olvido de hombres y mujeres triunfantes un día, el retorno a lugares de la infancia, la huída de la juventud y de la vida.

En nuestro vals aparecen también referencias de este tipo aunque menos numerosas. (El Espejo de mi vida, de Felipe Pinglo, por ejemplo). No es tan insistente la preocupación por el pasado y la juventud, el tema que domina el vals —el hombre frustrado por la mujer— deja poco lugar a ello.

Podemos apreciar por estas pocas notas comparativas que dos producciones folklóricas musicales —tango y vals— si bien tienen rasgos de contacto, conservan independencia y originalidad temática como expresiones musicales diferenciadas de dos pueblos con problemas semejantes y diferentes a la vez.

Notas Comparativas entre el Vals Peruano y el Corrido Mexicano

Conviene presentar, aunque sea muy panoramicamente, los rasgos esenciales que caracterizan el corrido mexicano y la ranchera, dos elementos representativos del pueblo azteca y para ello transcribimos el pensamiento de Aniceto Aramoni (16).

"El corrido mexicano se inicia probablemente en el siglo XIX, va tomando cuerpo durante todo el período de la lucha por la independencia, hasta organizarse en la forma conocida por nosotros, durante la Revolución a partir de 1910.

Es una especie de archivo de los acontecimientos que interesan de preferencia a una clase social, aunque eventualmente pueden interesar a la totalidad; en cierta forma podrían ser equivalentes a los lienzos —códices— que ilustrados por los aborígenes anteriores al siglo XVI y durante el primer cuarto de éste, sirvieron para la formación de la historia del país y para el conocimiento por los propios españoles, de la cultura indígena.

La canción ranchera parece ser un producto posterior. Tal como se la conoce en la actualidad, casi seguramente es producto de la Revolución y la época inmediata posterior, influenciada directamente por ella.

Ambos, el corrido y la canción ranchera, tienen rasgos que permiten su identificación con el país que los produce; podrán encontrarse algunas semejanzas con cierto tipo de canciones de Sudamérica —Venezuela específicamente—, de cualquier manera tiene tal arraigo y tales características en nuestro país, que puede afirmarse que constituye un atributo personalísimo y peculiar en la cultura.

Poseen en común su provincialismo, su interés por el detalle, su intención de conservar hechos; en cambio son diferentes en cuanto a la agresividad manifiesta e inconsciente, el resentimiento que expresan contra la mujer y la posición bastante limitada que tiene la canción ranchera ante la abundancia de temas del corrido. La primera sólo se interesa por la relación hombre-mujer-hombre, las variantes podrán ser múltiples pero la esencia del argumento es casi siempre el mismo. Muestra además, la necesidad de expresar hombría —machismo—,

---

(16) Aniceto Aramoni: Psicoanálisis de la Dinámica de un Pueblo. Universidad Nacional Autónoma de México, 1961.

cierta actitud hacia el "amor", la mujer y la madre; que permite el conocimiento del mexicano de cierta clase social.

Especialmente en la canción ranchera, se canta con bastante frecuencia contra la mujer, se canta los defectos psicológicos, aunque se le reconoce hermosura y belleza, siendo un orgullo de quien canta confesarlo.

Se canta a la hembra, no a la mujer propiamente dicha, en el estricto sentido bio-psico-social.

Puede concluirse que el individuo machista expone a través de la canción escrita, cantada o dicha: que no ama a la mujer. Su actitud y su conducta no tienen nada que ver con el amor, se acerca más a cualquier otra emoción que a la más positiva que el hombre puede sentir. Sería necesario transformar totalmente el criterio sobre ello, para poder colocar dentro de tal concepto lo que el individuo "siente" por ella: la maltrata, la insulta, la quiere como concubina para dejarla en cuanto consigue algo mejor, no le concede ninguna libertad ni independencia, no le permite relacionarse con otros hombres, ella no cuenta como persona, es solamente un elemento en la vida del hombre —hermoso como gallo y de plumaje precioso—, que tampoco se preocupa por sus necesidades, su comodidad, su alegría, felicidad o expansión vital.

Lo que no canta es desprecio, burla, revancha, ingratitud, liviandad, frivolidad, se le echa la culpa por la muerte de dos gallos finos. Se trata de una lucha y no de una relación amistosa o de amor, de ganar una batalla y no de obtener un entendimiento; es odio, temor y miedo, lo que expresa frente a la figura simbólica y arcaica que no se pudo aclarar y ver racionalmente. Se trata de mostrar poder frente a ella, en una actitud inauténtica y reactiva, ante quien es omnipotente y frente a quien se es inválido, de manera compensadora e irracional.

Hostilidad franca, demostrable en cualquier situación frente a la mujer, en la conducta de todos los días y específicamente frente a la negativa o a la preferencia por otro.

Puede verse también, en la canción ranchera, algo que impregna las manifestaciones de la vida del mexicano con una generalidad que asombra: el sentido sui géneris hacia la muerte.

En suma: hombre-mujer-hombre, trío constante en la canción ranchera, la una engaña o "mancuerna" a los otros dos, creando el problema perenne y la expresión de duda, celos, inferioridad, agresividad y destrucción. Caballo, pistola y puñal, gallo y baraja, poder y machis-

mo en el sector masculino; hermosura, belleza, engaño, maldad, en el femenino. Conquistarla y dejarla, la meta constante: utilizarla como objeto de uso, de placeres, la finalidad; el medio, la canción; la causa, la venganza motivada por el resentimiento y la inseguridad, originados probablemente frente a la figura materna, de quien se depende en forma intensa e irracional y ante quien debe demostrarse "hombría" con todas las implicaciones inherentes".

La presencia de elementos pronunciadamente agresivos en un afán por afirmar la hombría ha dado lugar al concepto de "machismo" mexicano.

En la siguiente canción tenemos un claro ejemplo de este fenómeno:

Mi Jalisco nunca pierde
y cuando pierde arrebata
y le atora a los peligros
sin echarse nunca atrás.
Nada importa hallar la muerte
en la reja de una ingrata
o llevar en la conciencia
otra culpa por matar.
En los Altos es de machos
respetar la valentía
y su ley son unos ojos
que enamoran al mirar
Tienen fama sus caballos
que los charros jinetean,
y sus chinas son luceros
de belleza sin igual
Por sus besos van sus hombres
sin temor a la pelea
entre sangre de sarapes
y cortadas de puñal.

"Como puede verse, se trata de un código no escrito expresado en una canción de fama y enorme difusión. No puede hallarse fácilmente paradigma tan claro de machismo. Están presentes casi todos los elementos que se encuentran en el complejo psicológico del mexicano: la mujer ingrata, la fuerza como medio de realización, el aparentar valor ante cualquier circunstancia, el desprecio por la muerte y el matar sin sensación de remordimiento o culpa". En el corrido "Juan Charrasqueado", se aprecia el amor y la muerte combinándose en una forma natural.

Juan se llamaba y lo apodaron Charrasqueado
era valiente y arriesgado en el amor
a las mujeres más bonitas se llevaba
de aquellos campos no queda ni una flor.
....
No tuvo tiempo de montar en su caballo
pistola en mano se le echaron de a montón
Estoy borracho, les gritaba, y soy buen gallo
cuando una bala atravesó su corazón.

Comparadas las temáticas y las imágenes de los protagonistas del corrido y del vals, se aprecia claramente la profunda diferencia, el contraste entre el hombre del corrido y la ranchera y el hombre del vals criollo, entre las filosofías de uno y de otro.

Un punto de contacto en el contenido manifiesto de ambas producciones reside en la imagen sublimada de la madre y en la figura importante pero voluble de la mujer, causante de las desventuras de los hombres "cabales" y "buenos".

Es en la imagen del hombre en donde se ahondan diferencias y contrastes. El hombre del corrido es todo un "macho", petulante, fanfarrón y "caballero". Siempre está asociado al alcohol, los gallos, juegos de azar y carrera de caballos. La lucha entre los hombres por las mujeres es algo habitual y lógico. El hombre tiene de sí la idea de ser un "gallo muy jugado", con mucho conocimiento y gran potencia. Nadie puede con él, desprecia la muerte y es un polígamo absoluto, lo que no le impide ser un ferviente devoto de la Madre de México, la morena Virgen de Guadalupe.

El hombre del vals peruano es todo lo contrario, casi un niño suplicante de amor, cariñoso y "noble", siempre bien intencionado pero con tan "mala suerte" que el destino se ensaña con él y las mujeres lo abandonan. No lucha por el cariño de su amante, no pelea por la posesión de la hembra, no se venga de la traición y el engaño. Sólo sufre, llora, se deprime y se enferma.

Esbozaremos ahora nuestra impresión dinámica diferencial:

Esto que parece ser todo un "destino interno" del protagonista del vals y que marca un gran constraste con el machismo del hombre del corrido y la ranchera, psicológicamente hablando sólo es una diferencia más aparente que real.

No es que a nuestro varón peruano le falte hombría ni que al "macho" mexicano le sobre virilidad. Es simplemente que los impulsos amorosos y agresivos han seguido dos caminos diferentes. En el mexicano, la agresión no ha sido reprimida, se expresa directamente y está al servicio de la exaltación del yo. Debe haber, por el contrario, un profundo sentimiento de inferioridad cuando es tanta la hetero-agresión movilizada para afirmar una hombría que nadie discute.

En el Peruano, la ambivalencia afectiva y las fijaciones narcisísticas han obligado a las pulsiones agresivas a volcarse sobre el propio yo. La intensa depresión consiguiente, el suicidio lento que significa

la melancolía así generada, equivale a una explosión de hostilidad que no llegó a desencadenarse.

Notas Comparativas entre el Vals Peruano y los Ritmos Cubanos

No podemos referirnos a Cuba —la Cuba pre-castrista por lo menos— sin dejar de pensar en la "Perla de las Antillas", "la del suelo fértil, el clima ardiente, las fuertes pasiones y la voluptuosidad".

Lo cierto es que Cuba ha regalado al mundo con ritmos encantadores, tropicales. Rumbas, danzones, habaneras, guajiras, mambos y cha-cha-cha.

Comparar la temática de estos "sones" con el vals no resulta difícil. Por cierto que también se canta al amor y a un amor con problemas. También existe la referencia a la soledad, al abandono, a la frustración, también hay canciones tristes como la de "Aquellos ojos verdes".

"No sabes las tristezas
que en mi alma han dejado
aquellos ojos verdes
que yo nunca besaré"

También en ellas el Destino es cruel, hay ansias de liberación, necesidad de afecto, resignación, etc.

Pero por sobre todo existe una necesidad casi compulsiva de expresar erotismo, pasión, vida, sexo. Todas las canciones están impregnadas de sensualidad. En el vals criollo el erotismo es parco y la tendencia general es a la sublimación del amor y la exaltación ambivalente de la mujer amada.

La sensualidad en el folklore cubano y tropical puede ser vista ya como la simple expresión de la alegría de vivir, ya como manejo de la ansiedad colectiva a través del erotismo.

COMENTARIO FINAL Y CONCLUSIONES

A manera de comentario final podemos decir que el vals peruano, como integrante de nuestro folklore, expresa en sus letras o textos verdaderas fantasías de situaciones conflictivas. Estas fantasías son creadas por hombres y mujeres sensibles —los autores— y ofrecidos al pue-

blo que las canta y adopta (17) en la medida que se corresponden con sus realidades conflictivas. Es como si hubiera la necesidad de verbalizar cantando lo que en la gente es tensión, sufrimiento y "destino interno". La función catártica de todas las producciones folklóricas es incuestionable. El vals no se substrae a esta regla. Cuando el hombre del pueblo está triste, un vals melancólico, entonado o escuchado, le permite "expresar" su tristeza. Y si la letra coincide con su situación de desamparo, abandono o desengaño, reactualizará su problema y puede que sienta el alivio buscado.

A través del tiempo se produce una lenta selección de los valses que van a traducir fielmente los mensajes populares. Aquellos que no reunan este requisito no formarán parte del cancionero "criollo" y se olvidarán.

Los valses peruanos más típicos conforman una expresión homogénea del sentir mestizo, "criollo", con tendencia a configurar un carácter nacional o, por lo menos, un aspecto importante de la personalidad básica del peruano en tanto trasuntan constelaciones de valor-actitud definitivamente estructurados o en vías de estructuración. Lo mismo sucede con el tango argentino o el corrido mexicano. Son productos culturales y a la vez expresión de la personalidad nacional.

Los hallazgos más importantes en este trabajo analítico preliminar se refieren precisamente a rasgos de personalidad cultural en relación con actitudes y sistemas de valor frente a la realidad ambiente. Actitudes a menudo conflictivas y valores con frecuencia coartativos.

Las fantasías populares, motivos del vals, pueden ser, pues, consideradas como expresión de conflictos psicológicos tanto como de rasgos de personalidad cultural. Cuatro son las conclusiones que nos permite el presente estudio:

1.— Las fantasías más frecuentes en el cancionero popular peruano en lo que concierne el vals son las fantasías de abandono y depresión, de frustración y agresión, de regresión, de amor, etc.

---

(17) Existe una estrecha interdependencia entre el pueblo y el autor. A menudo el autor anhela ser el intérprete del sentir popular y es el pueblo el que a través del tiempo, sanciona su obra. Tiene que reconocer algo propio en la obra personal del autor para que ésta perdure.

2.— Las actitudes de los protagonistas en el vals se refieren fundamentalmente a una actitud ambivalente y contradictoria del hombre frente a la mujer, una actitud pasiva, infantil y quejumbrosa frente a los problemas sentimentales, y a una actitud fatalista frente a la vida en general.

3.— Las imágenes de la madre y de la amante son superponibles lo mismo que las imágenes del hombre y del niño abandonados.

4.— Esta investigación también ha revelado que existe una necesidad compulsiva a fantasear situaciones de engaño y abandono. Que el hombre, así abandonado por la mujer, se vuelca en la desesperación, el sufrimiento y la tristeza en forma patológica.

Estos hechos sugieren que el hombre, a través de sus actitudes fatalistas y pasivas en extremo, está demostrando que allá en su pasado infantil faltaron sanos lazos familiares y experiencias positivas de confianza en sí mismo.

En otros términos, se puede decir que los dramas melancólicos de nuestros valses trasuntan algunas de las crisis en la estructuración y dinámica de la familia las que, a su vez, son expresión de otras crisis socio-económicas en este país adolescente que es el Perú.

El vals criollo, expresión genuina y hermosa del alma popular, está enfermo de melancolía y desamparo. Es nuestra misión recoger el mensaje y encontrar soluciones.

RESUMEN

En el presente trabajo el autor examina los temas contenidos en las letras o canciones del llamado vals criollo o vals peruano.

El enfoque psicoanalítico le permite descubrir la existencia de fantasías colectivas predominantemente de abandono y de frustración sentimental en relación con una imagen femenina fuertemente ambivalente.

La necesidad casi compulsiva de sufrir el abandono es revelada como un mecanismo complejo transferencial, proyectivo y protector de la angustia. El origen de esta necesidad neurótica es ubicado en las experiencias infantiles de deprivación afectiva en el ámbito familiar.

Este estudio sugiere, finalmente, un nuevo camino de investigación de la realidad psico-social del hombre peruano a través de expresiones colectivas como el folklore musical.

SUMMARY

In this paper the author examines the themes of the peruvian valtz, so called "vals criollo".

The psychoanalytic approach reveals a group of popular fantasies mainly love frustration and of a physical and emotional abandon related to a very ambivalent woman image.

This almost compulsive need of being abandonned is shown as a very complex psychological mechanism that includes transferencial, projective and anxiety protective elements. This neurotic need is rooted in early experiencies of emotional deprivation.

Finally, a new way to investigate the psycho-social peruvian reality through folk songs is proposed.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografía está formada por la revisión de cientos de Cancioneros Populares Peruanos de todas las épocas ("Cantares Criollos", "Selecciones Criollas", "La voz del Perú", "Melodías del Sur", etc.).

Bibliografía sobre el tema específico de esta investigación no existe o no hemos podido conseguirla.

Los trabajos históricos, literarios y anecdóticos encontrados en libros, revistas y periódicos no han sido tomados en cuenta en esta oportunidad, reservándose su estudio y consulta para cuando desarrollemos el aspecto histórico-evolutivo del vals.



ESTUDIO EXPERIMENTAL DE UN NUEVO HIPNOTICO (METAQUALONA + DIFENHIDRAMINA): ALCANCES CLINICOS Y TERAPEUTICOS *

Marcos Gheiler Mucinik ** Rubén Ríos Carrasco ***
Isaías Flit Stern ****

INTRODUCCION

Como quiera que diferentes aspectos del problema médico que aún constituye el insomnio, han sido vividos a lo largo de nuestro adiestramiento en la práctica profesional; es nuestro deseo el contribuir, mediante el presente trabajo, al esclarecimiento y superación de algunas de estas viscisitudes. Nos han conmovido profundamente los pacientes imposibilitados de lograr el reposo indispensable para el desempeño eficiente de la actividad diurna y, más aún, aquellos en los cuales todo intento terapéutico fracasa y tienen ante sí el pertinaz fantasma de la soledad nocturna o aquellos que acuden al apacible y fácil refugio de los hipnóticos, compañeros imprescindibles y sempiternos del angustiado y frustrado hombre, propio de nuestro mundo actual, tenso y desesperante. "Hay que sufrir de insomnio para conocer la eternidad", acotó acertadamente alguna vez Luis Felipe Angell (Sofocleto), dibujando el perfil solitario y triste del mundo del insomne; y, es más, un amigo nos recordó que nuestro Código Civil establece que la cama es la única pertenencia no embargable, confirién-

---

* Trabajo presentado al V Congreso Latino-Americano de Psiquiatría. Bogotá-Colombia, Diciembre de 1968.

** Residente de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M. Especialidad de Psiquiatría.

*** Profesor Auxiliar del Departamento de Ciencias Psicológicas y Tutor de Psicofarmacología y Tratamientos Especiales de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

**** Profesor de la Universidad Nacional de Ingeniería.

dole de esta manera una excepcional importancia a lo que podríamos denominar "el derecho a dormir".

El abordaje terapéutico de esta situación ha sido múltiple y diverso; nosotros hemos elegido, con modestia, una investigación tendiente a delimitar las posibilidades y alcances que la administración de un nuevo hipnótico compuesto (Metaqualona-Difenhidramina), en un seleccionado grupo de pacientes, pueda proporcionar; tratando de ser lo más objetivos posibles en la evaluación de los resultados, para lo cual hemos contado con la eficiente colaboración de expertos estadígrafos.

Al realizar el correspondiente recuento bibliográfico nos ha sorprendido la exigua cantidad de trabajos realizados en el Perú acerca del tema que nos ocupa; debido, sin duda, a que en nuestro medio recién se empieza a dar importancia a los trabajos experimentales. Así, entre las Tesis de Bachiller de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos constan tan sólo dos trabajos sobre hipnóticos (2, 3), ambos manuscritos del siglo pasado. En otras publicaciones se observa una marcada predilección por el estudio de los barbitúricos (4, 5, 6, 7) tanto en sus aspectos clínicos como farmacológicos, habiéndose realizado inclusive determinaciones cromatográficas de éstos en sangre (8); el tema de la toxicidad ha sido revisado en alguno de ellos, evidenciando clara preocupación por la intoxicación aguda, casual o voluntaria, producida por barbitúricos.

M A T E R I A L

A.—MATERIAL FARMACOLOGICO

Se han empleado comprimidos similares de la droga y el placebo, los cuales han sido gentilmente proporcionados por el Departamento Médico de los Laboratorios Roussell Perú S. A. La Toquilona Compositum (10) (MANDRAX) es un compuesto que proviene de la combinación de la Metaqualona, derivado del núcleo de las quinazolonas (2 metil - 3-0-total-4oxiquinazolona), y la Difenhidramina (Dimetil aminoacetil difenil metil éter). Es, entonces, la combinación de un hipnótico no barbitúrico con un antihistamínico de propiedades sedativas, en la siguiente proporción:

Clorhidrato de difenhidramina	50 mg.
Metaqualona	250 mg.

Estudio químico y farmacológico

a.— *Metaqualona*.— Durante las investigaciones realizadas por Gujral y colaboradores sobre los antimaláricos de síntesis, encontraron que ciertos derivados de las quinozolonas, inactivos sobre el hematozoario poseían propiedades hipnóticas. Por su núcleo químico pertenece al grupo de las oxi-polioxi-pirimidinas, siendo su fórmula:

CO CH_3 N- C-H_3

METAQUALONA

La "Documentación Básica" sobre el Mandrax, editada por los Laboratorios Roussel S. A. (11) (12), menciona que la DL_{50} de la Metaqualona es de 800 mg/kg a los 3 días en experiencias realizadas con ratas. No se mencionan las manifestaciones tóxicas que preceden al fallecimiento de los animales de laboratorio. En el Bio Research Laboratories en investigaciones sobre ratones los resultados obtenidos son diferentes, encuentran los autores que la DL_{50} es de 1840 mg/kg, acaeciendo la muerte de los animales en los tres primeros días de la experimentación. En este trabajo se observaron como sigue de toxicidad aguda: hipnosis profunda, pérdida de reflejos, descenso de la temperatura, ptosis y tremores musculares. La toxicidad crónica no ha sido muy bien investigada. En experiencias realizadas con ratas de laboratorio se administraron 400 mg/kg por vía oral cinco veces por semana durante seis semanas, no habiéndose evidenciado toxicidad ni mortalidad alguna. Después de ser absorbida la Metaqualona en el tracto gastrointestinal, se almacena en el hígado, y posteriormente en el tejido graso y en pequeñas cantidades en el cerebro. A las 24 horas el 80% del producto ha sido eliminado, la tercera parte por vía biliar y las dos terceras restantes por vía renal, el que el hígado sea el encargado de inactivar la droga en el organismo es una de las ra-

zones fundamentales para que su administración esté contraindicada en pacientes con sufrimiento hepático serio.

Es particularmente característica la diferencia que existe entre la acción hipnótica de la metaqualona y la de otros hipnóticos, especialmente los barbitúricos, en el sentido de no producir la fase excitadora y la existencia de un despertar generalmente tranquilo (11). Por estudios electroencefalográficos se ha demostrado que la metaqualona actúa principalmente a nivel del sistema reticular activador ascendente de los pedúnculos cerebrales (13). Por esta propiedad de actuar a nivel de las conexiones sinápticas, la metaqualona posee efectos anticonvulsivantes de potencia similar a la del meprobamato, cuando la convulsión se da a nivel cortical, y superior a éste y al fenobarbital cuando la localización principal se halla a nivel medular. En el sistema cardiovascular produce una ligera disminución de la presión arterial. La metaqualona posee además efectos antitusígenos y antiespasmódicos, analgésicos y tranquilizantes (11). Algunas drogas como la reserpina, clorpromacina, etc. potencializan sus efectos hipnóticos y por otra parte la metaqualona potencializa los efectos analgésicos de la codeína y salicilatos.

b.— *Difenhidramina.*— Es un derivado sintético de la serie de las etilenoaminas, que posee principalmente propiedades antihistamínicas, actuando, también, como sedante y espasmolítico. Su fórmula química es:

$$CHO - CH_2 - CH_2 - N \begin{matrix} CH_2 \\ CH_2 \end{matrix} \quad HCL$$

DIFENHIDRAMINA

En trabajos sobre ratones se comprobó que la DL_{50} es de 82 mg/kg por vía intraperitoneal y de 130 mg/kg por vía subcutánea. En el caso de las ratas la DL_{50} fue de 545 mg/kg, con los conejos de 10.5 mg/kg y en los perros de 45.7 mg/kg. Las manifestaciones tóxicas que precedieron a la muerte fueron: excitación violenta, convulsiones e in-

suficiencia respiratoria. En cuanto a la toxicidad crónica en perros adultos a los que se administró la droga durante 43 días los resultados obtenidos fueron diferentes según la dosis empleada. Así, entre 10 y 40 mg/kg no se encontraron modificaciones importantes ni clínicas ni metabólicas, de 40 a 60 mg/kg se encontró salivación que se transformó en reflejo condicionado, dosis más elevadas producen irritabilidad, ataxia, reacciones gastrointestinales, hiperestesia de la piel, etc. (12) y de todas estas manifestaciones las que se presentan con mayor frecuencia son: somnolencia, vértigo,, sequedad de la cavidad oral, náuseas y nerviosismo. Después de una rápida absorción a nivel gastrointestinal se encuentran altos niveles de la droga en la sangre y tejidos, llegando a su máximo al cabo de una hora, siendo eliminada sin modificación alguna por vía renal. Las difenhidramina posee fundamentalmente efectos antihistamínicos (14) y secundariamente interfiere en todas las consecuencias que las descargas histamínicas puedan tener, a dosis terapéuticas tiene acción sedante sobre el sistema nervioso central, mientras que a dosis tóxicas su acción es la opuesta, es decir, estimulación y convulsiones (15). Posee, también, efectos antiespasmódicos (16).

La Toquilona Compositum (Mandrax) actúa fundamentalmente a nivel córtico-talámico, siendo su acción a nivel cortical lo suficientemente leve como para considerar que la actividad de la corteza cerebral no se vea seriamente interferida y consecuentemente no se produce la obnubilación típica que en estos casos suele ocasionarse con la administración de otros hipnóticos, especialmente del tipo de los barbitúricos. También es particularmente importante el que a dosis elevadas la Toquilona Compositum no deprime los centros cardíacos ni respiratorios medulares o bulbares de manera significativa, motivo por el cual puede ser utilizado sin peligro en pacientes con trastornos bronquiales crónicos (asma, bronquitis crónica, etc.). Mencionaremos finalmente que por la propiedad de antagonismo que existe entre la Metaqualona y la Difenhidramina a altas dosis es prácticamente imposible utilizar la droga con fines suicidas.

B.— MATERIAL HUMANO

Para la elaboración del presente trabajo se contó con 118 pacientes, internados en el Hospital Obrero de Lima, en tres diferentes salas (3BO,

3BE, 4BE), de los cuales hubimos de descartar 18 por motivos que detallaremos en el capítulo correspondiente a los métodos.

Los 100 pacientes seleccionados eran obreros, de edades que oscilaban entre 16 y 79 años; 56 hombres (35 casados, 9 solteros, 6 separados, 4 viudos y 2 convivientes; 41 de raza mestiza, 10 de raza blanca y 5 de raza negra) y 44 mujeres (21 casadas, 8 solteras, 6 convivientes, 6 viudas y 3 separadas; 38 de raza mestiza y 6 de raza blanca).

III. — METODOS

a.—Acerca de la recolección de datos.

Con el fin de obtener una cantidad y calidad tal de datos que nos permitieran realizar una evaluación completa y significativa de la acción de la droga elaboramos una ficha en la cual además de los datos pertinentes a la filiación, un breve resumen de la enfermedad actual, el diagnóstico y la causa probable del insomnio, nos proveía de una serie de referencias que tomamos en forma continuada e idéntica los tres días previos y los seis días subsiguientes a la administración de la droga o el placebo.

La selección de la muestra se hizo por medio de una rápida y breve encuesta entre los pacientes obreros internados en las salas de medicina y cirugía generales, señaladas. Antes de decidir definitivamente, evaluábamos la situación actual de cada paciente a fin de descartar cualquier contraindicación formal y, finalmente, consultábamos cada caso particular con el médico tratante. Debido a las recomendaciones de los estadígrafos que colaboraron en este trabajo, decidimos contar con 100 pacientes, habiendo descartado por diversas razones, muchos porque eran dados de alta antes de concluir la prueba, otros decidían no tomar más la pastilla porque ya dormían bien, porque al no lograr dormir con la droga en experimentación solicitaban un hipnótico a la enfermera y/o falseaban los resultados de algún otro modo.

En una primera entrevista tomamos nota literalmente de lo que el paciente decía en primera persona. El objetivo principal era el de realizar una "historia clínica del insomnio"; para lo cual interrogamos sobre forma y época de inicio, causas probables que pudieran haberlo desencadenado, la evolución posterior, distribución de las horas de insomnio en las horas totales de sueño nocturno y estado actual de su

ritmo vigil. También investigamos algunos datos referentes al desarrollo de su personalidad que nos permitirían, posteriormente, elaborar el diagnóstico de "causa probable del insomnio" y también "descubrir" los falsos insomnes que, por supuesto, no eran tomados en cuenta.

Durante los 3 primeros días se recogieron los datos sin la administración previa de droga ni placebo y habiendo suprimido toda medicación hipnótica o tranquilizante. Al tercer día se le advertía, al paciente, que a partir de esa noche se le administraría una pastilla que lo iba ayudar a dormir, evitando hacer mayores comentarios al respecto. La droga o el placebo se administraron según la técnica del "doble blind" (doble ciego) de manera tal que ni el experimentador ni el experimentado pudieran influir voluntariamente tergiversando las respuestas. Las seis pastillas eran entregadas en un sobre numerado a la enfermera quien las administraba al paciente siempre a la misma hora (8 p. m.); en algunos casos, fundamentalmente por comodidad, preferimos entregar el sobre con las pastillas a los mismos pacientes. Los próximos seis días realizamos igualmente el interrogatorio consabido anotando las respuestas en las casillas correspondientes.

b.— *Acerca de la elaboración de los datos.*

Con la expresión "causa probable del insomnio" tan sólo intentamos una aproximación tomando en cuenta diferentes criterios clínicos: historia clínica del insomnio, datos registrados en los "3 días de prueba" y personalidad del paciente.

En algunos casos hemos agrupado a los pacientes según el cuadro (enfermedad, síntoma o sindrome) que producía directamente el insomnio, por ejemplo en los pacientes agrupados en: nicturia, disnea, etc., pero en otros casos los hemos reunido según un criterio común, aunque la causa en sí pudo haber sido tan sólo similar mas no idéntica; tal como ocurre en los pacientes agrupados en la columna de angustia. Así tenemos que pacientes que sufrían de insomnio desde que ingresaron al hospital por sentirse "intranquilos" o por no ver a sus familiares, formaron parte de este grupo; otros, "ansiosos", "tensos" o "angustiados" también formaron parte de este grupo. Vemos entonces que nos presentaban tan sólo un síntoma integrante del cuadro clínico; ótros presentaban un verdadero sindrome de angustia y, los menos, un cuadro clínico catalogable como "reacción psiconeurótica de angus-

tia". Los estadígrafos que colaboraron en este trabajo estuvieron de acuerdo en tal decisión.

c) *Método estadístico.*

Se usó un sistema de comparación de medias, usando T como estimador estadístico. Como sabemos, para aquellas poblaciones en que "n" es mayor a 30 el Estimador estadístico "T" se hace equivalente al estimador "Z". Las dos poblaciones comparadas son las de incrementos promedios debido al suministro de droga o placebo sobre los siguientes "factores" (cuadros a los que se aplicó test). Como una primera comparación se obtuvieron los intervalos de confianza para las diversas muestras y después se hizo la comparación estadística de los promedios para determinar si había una diferencia significativa entre los tratamientos hechos con droga y los con placebo.

El nivel de significación elegido es $\alpha = 0.05$, lo que equivale a un 5% de probabilidad de efectuar un error de tipo "1", o sea un 5% de probabilidades de rechazar la hipótesis nula cuando ésta es cierta. La hipótesis nula en nuestro caso es "ambas poblaciones son idénticas, es decir: no hay diferencia entre droga o placebo". La selección del sistema como el intervalo de significación están basados en la cantidad de información y en la forma en que esta información se obtuvo.

RESULTADOS

Para una adecuada percepción y de acuerdo con las recomendaciones de los estadígrafos hemos delimitado tres grupos: a) pacientes con angustia; b) pacientes con dolor y c) grupo total de pacientes, para los efectos de la evaluación de los resultados obtenidos. Tanto la droga como el placebo incrementaron en los pacientes el promedio de horas de sueño total. El incremento promedio con la droga es mayor que con el placebo y hay una diferencia significativa con una confiabilidad del 95%, lo que indica la existencia de factores no sugestivos en el efecto de la droga. (Cuadro 1).

En ninguno de los tres grupos estudiados se ha evidenciado diferencia estadísticamente significativa en el incremento de las horas del sueño hasta el primer despertar (Cuadro 1).

CUADRO Nº 1

INCREMENTO DE LAS HORAS PROMEDIO DE SUEÑO

ANGUSTIA		DOLOR		TOS		NICTURIA		DISNEA		CEFALEA		SUDOR		SIN CAUSA CONOCIDA	
Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.
2.5	1.4	3.1	1.6	3.5	2.6	5.2	0	2.8	4	3	0.5	2.2	0	3.7	0.3

<u>Cuadro Nº 2</u>

INCREMENTO DE LAS HORAS DE SUEÑO HASTA EL PRIMER DESPERTAR (en minutos)

ANGUSTIA		DOLOR		TOS		NICTURIA		DISNEA		CEFALEA		SUDOR		SIN CAUSA CONOCIDA	
Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.
115	104	137	55	60	90	450	-15	120	180	140	120	68	-45	225	150

<u>Cuadro Nº 3</u>

INTERVALO ENTRE TOMA DE DROGA O PLACEBO Y EL INICIO DEL SUEÑO

ANGUSTIA		DOLOR		TOS		NICTURIA		DISNEA		CEFALEA		SUDOR		SIN CAUSA CONOCIDA	
Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.
30'	60'	45'	45'	30'	60'	30'	15'	60'	15'	45'	8 h	30'	90'	45'	3 h

<u>Cuadro Nº 4</u>

VARIACION DEL INTERVALO ENTRE EL DESPERTAR NOCTURNO Y EL REINICIO DEL SUEÑO

ANGUSTIA		DOLOR		TOS		NICTURIA		DISNEA		CEFALEA		SUDOR		SIN CAUSA CONOCIDA	
Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.
45'	20'	45'	45'	2.5h	2.5h	60'	-40'	10'	20'	3h	20'	45'	20'	3h	15'

<u>Cuadro Nº 5</u>

VARIACION EN EL NUMERO DE VECES DEL DESPERTAR NOCTURNO

ANGUSTIA		DOLOR		TOS		NICTURIA		DISNEA		CEFALEA		SUDOR		SIN CAUSA CONOCIDA	
Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.	Dr.	Pl.
0.7	0.9	1.1	0.3	1.6	2.8	2.9	1.2	1.7	3	2.1	0	1.3	0.1	0.1	0.6

Para el caso del grupo total de pacientes y del grupo de pacientes con angustia, el intervalo promedio es menor para los pacientes que consumieron droga y la diferencia es estadísticamente significativa con un 95% de confiabilidad, mientras que para el grupo de pacientes con dolor no existe evidencia estadística (Cuadro 3).

En los tres casos (Total de pacientes, pacientes con angustia y pacientes con dolor) tanto la droga como el placebo disminuyeron el intervalo entre el despertar nocturno y el reinicio del sueño, respecto de las condiciones iniciales, en las que no se suministró droga ni placebo. En este sentido la efectividad de la droga es mayor que la del placebo (por ser mayor la disminución promedio), existiendo una diferencia significativa para el grupo total de pacientes y para el grupo de pacientes con angustia más no así para el grupo de pacientes con dolor. (Cuadro 4).

En los tres casos y para las dos situaciones (pacientes que recibieron droga y pacientes que recibieron placebo) hubo disminución del promedio del número de veces que despertaron los pacientes; con referencia al grupo de pacientes con dolor y al grupo total de pacientes, la disminución fue mayor para el caso de los pacientes con droga. En el grupo de los pacientes con angustia los promedios son cercanos, siendo mayor el de los pacientes que tomaron placebo, pero para ninguno de los casos hay evidencias estadísticas de una diferencia significativa (Cuadro 5).

En el cuadro Nº 6 las cifras que están en los numeradores corresponden a los datos obtenidos en los tres primeros días (de observación), y las que se encuentran en los denominadores son las obtenidas de los seis últimos días (de prueba). Dadas las condiciones (escasez de datos) del material obtenido, no ha sido posible convalidar estadísticamente los resultados. Consideramos, sin embargo que no hay motivos para pensar que la droga haya modificado significativamente la incidencia de pesadillas en los pacientes estudiados (Cuadro 6).

Tampoco existe la posibilidad de llegar a conclusión estadística alguna con los datos referentes a los efectos indeseables, creemos por lo tanto que este sea efectuado a nivel clínico. (Cuadro 7).

Finalmente, consideramos de que habiéndose trabajado con equivalentes numéricos de apreciaciones subjetivas realizadas por los mismos pacientes, no ha sido posible, ni es recomendable, aplicar las fórmulas estadísticas habituales. Por este motivo, el grado de confiabilidad —medido en estos casos a través de las diferencias porcentuales—

CUADRO Nº 6

INCIDENCIA DE PESADILLAS

HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

ANGUSTIA	Droga Placebo	13 % / 15 % 28 % / 12 %
DOLOR	Droga Placebo	28 % / 14 % 37 % / 25 %
TOS	Droga Placebo	0 % / 0 % 5 % / 25 %
NICTURIA	Droga Placebo	50 % / 50 % 0 % / 0 %
DISNEA	Droga Placebo	20 % / 20 % 0 % / 0 %
CEFALEA	Droga Placebo	33 % / 33 % 0 % / 0 %
SUDOR	Droga Placebo	14 % / 0 % 0 % / 50 %
SIN CAUSA CONOCIDA	Droga Placebo	50 % / 50 % 0 % / 33 %

tendrá que ser establecido por cada médico y para cada grupo de pacientes según la causa del insomnio (Cuadros 8 y 9).

COMENTARIOS

Existen algunas características propias del grupo humano escogido para el presente trabajo, que es necesario considerar, pues en alguna forma deben influir sino determinando concretamente las respuestas por lo menos singularizando la modalidad de las mismas y por lo tanto los resultados. Igualmente el tipo de colaboración que ofrecen los

CUADRO Nº 7

MOLESTIAS QUE APARECIERON DURANTE LA PRUEBA

HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-68)

	DROGA		PLACEBO	
ANGUSTIA	Cefalea	13 %	Cefalea	8 %
	Mareos	4 %	Mareos	4 %
	Diarrea	4 %	Diarrea	4 %
			Sudoración	4 %
			Intranquilidad	4 %
DOLOR	Cefalea	14 %	Cefalea	25 %
	Intranquilidad	14 %	Cefalea intensa	12 %
	-------------		Mialgias	12 %
NICTURIA	Intranquilidad	50 %	Cefalea	50%
	Tristeza	50 %	--------------	
DIARREA	Intranquilidad	28 %	-------------	
SUDOR	Mialgias	14 %	Cefalea	50 %
	Cefalea	14 %	--------------	
SIN CAUSA CONOCIDA	Intranquilidad	50 %	--------------	
	Transtornos visuales	50 %	--------------	

CUADRO Nº 8

EVALUACION SUBJETIVA DEL DESPERTAR MATUTINO

HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

Total de pacientes

Sin droga ni placebo		D R O G A		P L A C E B O	
1	2.5 %	1	0 %	1	0 %
2	50 %	2	4 %	2	19 %
3	37 %	3	23 %	3	35 %
4	10.5 %	4	70 %	4	4.6 %
5	0 %	5	3 %	5	0 %
Total	100 %	Total	100 %	Total	100 %

Pacientes con angustia

Sin droga ni placebo		D R O G A		P L A C E B O	
1	0 %	1	0 %	1	0 %
2	46 %	2	5 %	2	17 %
3	52 %	3	22 %	3	39 %
4	2 %	4	67 %	4	44 %
5	0 %	5	6 %	5	0 %
Total	100 %	Total	100 %	Total	100 %

Pacientes con dolor

Sin droga ni placebo		D R O G A		P L A C E B O	
1	0 %	1	0 %	1	0 %
2	58 %	2	0 %	2	33 %
3	42 %	3	60 %	3	0 %
4	0 %	4	40 %	4	67 %
5	0 %	5	0 %	5	0 %
Total	100 %	Total	100 %	Total	100 %

1	No durmió
2	Mal
3	Regular
4	Bien
5	Excelente

pacientes, vinculado a las características culturales de nuestro ambiente es de innegable y particular importancia.

Basándonos en la suposición (confirmada en algunos casos) de que dado el nivel socio-económico cultural, por lo general bajo, del paciente obrero en nuestro medio, era de esperar que su colaboración no podía ser ideal, preferimos no comunicar a los pacientes que se trataba de una prueba experimental. Nuestra responsabilidad al respecto era relativa desde que no se trataba de un experimento precursor y eran perfectamente conocidos los efectos secundarios y contraindicaciones de la droga.

El solo hecho de haber trabajado con pacientes hospitalizados ha sido causa de situaciones peculiares, así el hecho de que los pacientes tengan la oportunidad o la obligación de permanecer en cama durante todo el día hace que aprovechen algunas horas del día para dormir. Por otro lado, factores como la monotonía, el aburrimiento, el horario diferente de alimentación etc., hacen que el paciente modifique su ritmo vigil, más aún en el Hospital Obrero de Lima, donde se tiene por costumbre, como en otros nosocomios, apagar las luces y finalizar las actividades regulares a las 7 p. m., lo cual si constituye una seria alteración en los hábitos de vida pues generalmente el obrero se acuesta entre las 10 y las 12 p. m. cuando no tiene horarios nocturnos o rotativos de trabajo, lo cual hace que muchos pacientes inicien el sueño muy temprano y que durmiendo una cantidad habitual de horas despierten mucho antes del amanecer o que iniciando éste a la hora acostumbrada tengan la sensación de no haber podido conciliar el sueño, haber dormido mal o en menor proporción. Por otra parte, un equívoco concepto de enfermedad como situación necesaria y totalmente invalidante, permite

EVALUACION SUBJETIVA DEL DESPERTAR MATUTINO
EVALUACION SUBJETIVA DEL SUEÑO NOCTURNO

Leyenda utilizada para las Gráficas de los cuadros Nos. 8 y 9

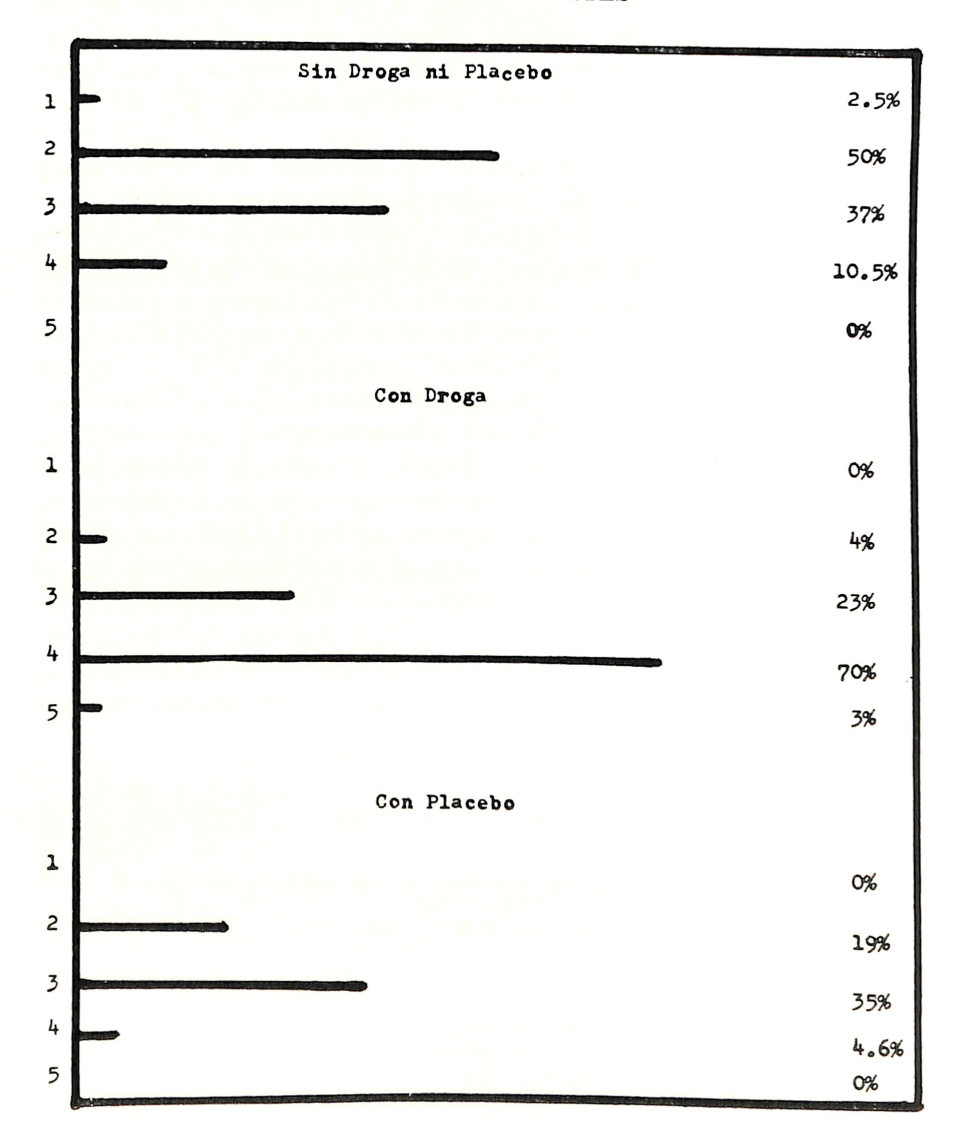
(8-A - 8-B - 8-C y 9-A - 9-B - 9-C)

1 — No durmió
2.— durmió mal
3.— durmió regular
4.— durmió bien
5.— durmió excelentemente

CUADRO Nº 8-A

EVALUACION SUBJETIVA DEL DESPERTAR MATUTINO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

TOTAL DE PACIENTES



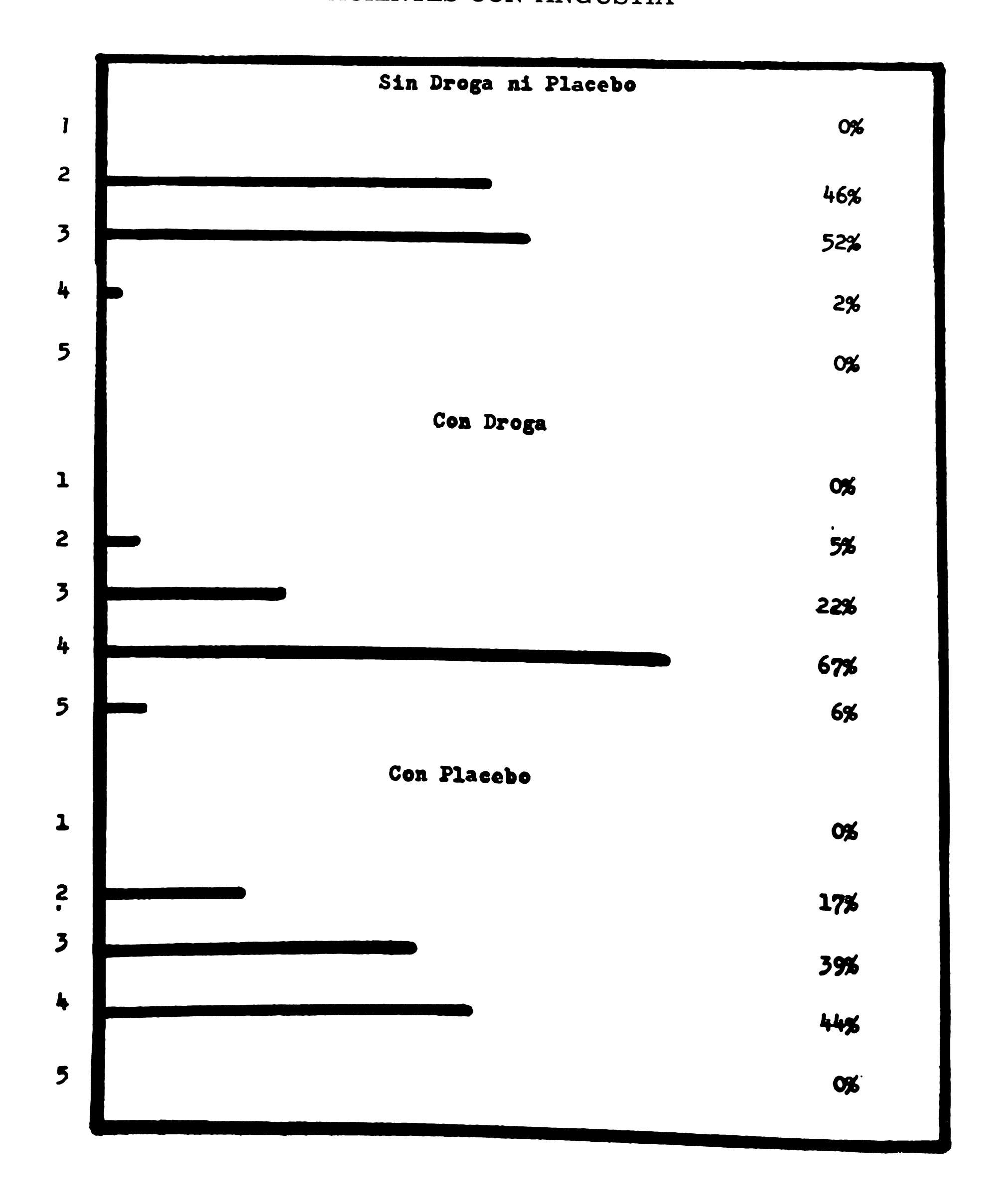
una variación intelectual de los propios problemas y temores que magnificados en un ambiente quejumbroso y desvalido, en que la presencia de la finitud humana se materializa, es frecuente fuente suscitadora de ansiedades o vivencias depresivas que conllevan insomnio.

En la gran mayoría de los casos tratados, la respuesta de los pacientes a la droga o al placebo fue más o menos uniforme y las variaciones se debían a causas bastante precisas que generalmente logramos detectar (por ej. que los pacientes no duermen una noche porque se quedaron escuchando radio hasta altas horas, o que se despertaron porque un paciente inquieto hacía ruido, etc.); de no ser por estos "factores intercurrentes" la respuesta del tratamiento fue notablemente constante y uniforme durante los seis días en que se administró el producto, de tal manera que los pacientes que respondían positivamente a la droga dormían "constantemente bien" o "constantemente muy bien" pero encontramos un pequeño grupo de pacientes que mejoraban del insomnio en forma muy significativa los primeros días de la prueba, pero que a medida que transcurrían los días, la respuesta iba disminuyendo hasta ser casi nula, quejándose algunos pacientes de que el producto no servía y asumiendo consiguientemente un comportamiento hostil hacia el experimentador, fenómeno que nos interesó mucho; al concluir la recolección de datos pudimos comprobar, confirmando nuestra sospecha, que en todos estos casos el producto administrado había sido placebo y el fenómeno observado correspondía a lo descrito como efecto placebo, en este sentido consideramos que para estos pacientes fue necesario "gratificar" al médico, "haciéndole ver" que el medicamento administrado era bueno, pero pronto el falso efecto del placebo fue descubierto y la imagen construida del médico se derrumbó juntamente con las expectativas en el medicamento, haciéndolo responsable del fracaso y lógicamente blanco de su agresividad.

En los cinco cuadros analizados mediante procedimientos estadísticos se ha comprobado que tanto la droga como el placebo conllevan un resultado favorable en cuanto a los efectos deseados, lo importante consiste en determinar si existe diferencia entre ambos efectos, y, fundamentalmente, explicar si ésta tiene significación estadística o no. Con los métodos utilizados se ha buscado que la diferencia significativa alcance un 95% de confiabilidad, lo cual equivale a una efectividad terapéutica considerablemente alta, habiendo sido descartado todo aquello que quedaba por debajo de este 95%.

CUADRO Nº 8-B

EVALUACION SUBJETIVA DEL DESPERTAR MATUTINO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)
PACIENTES CON ANGUSTIA



Lo primero que se espera de un hipnótico es que permita al paciente insomme "dormir más" hemos visto que, en este sentido, la droga en experimentación ha cumplido este objetivo en los tres casos (grupo de pacientes con angustia, grupo de pacientes con dolor, grupo total de pacientes) y si bien con el placebo se ha logrado incrementar las horas de sueño, en el análisis estadístico se aprecia una diferencia significativa que clínicamente es evidente y tanto la droga como el placebo han incrementado el número de horas de sueño desde el inicio del sueño hasta la primera vez en que han despertado, con la droga este incremento ha sido mayor, pero la diferencia no es significativa, lo cual quiere decir que no se puede descartar que haya sido el azar la causa de esta diferencia, sólo con un trabajo con planes y objetivos más extensos (en número de pacientes y tiempo de prueba) podría aclararse esta incógnita.

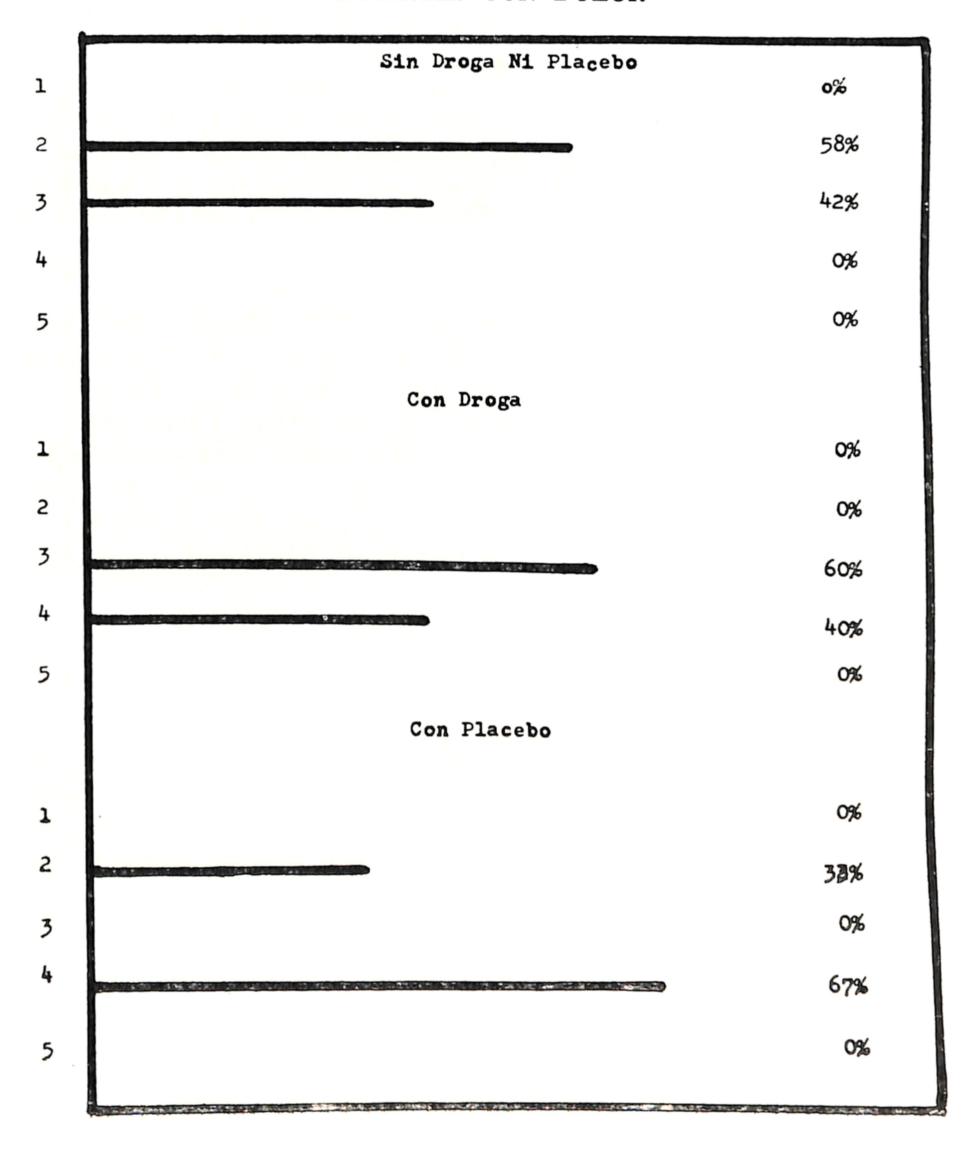
Muchos pacientes duermen bien "una vez que empezaron a dormir", en la medida en que un hipnótico permita adelantar esta hora de inicio del sueño se habrá logrado en buena parte solucionar el problema de este tipo de pacientes; en dos de nuestros tres grupos se ha logrado diferencias significativas en este sentido (grupo total de pacientes y grupo de pacientes con angustia); es interesante el hecho de no haberse registrado una diferencia significativa en el grupo de pacientes con dolor, lo cual nos permite suponer que, por no ser la droga un analgésico, no ha logrado aplacar tal dolor en tal medida que permita conciliar el sueño rápidamente; por otro lado confirma la hipótesis de que el compuesto no produce un estado de sedación tal que, pasando por encima del dolor, causa del insomnio, suscite el sueño; siendo por lo tanto más conveniente utilizar, en estos casos, un analgésico apropiado.

Así mismo, la droga no disminuye en forma significativa el intervalo entre el despertar y el reinicio del sueño en el caso de los pacientes con dolor; en cambio en el grupo total de pacientes y en el grupo de los pacientes con angustia vemos que si se produce una disminución significativa de este intervalo, reafirmando claramente su efectividad en estos grupos. Este resultado contiene la ventaja de que los pacientes en los que el dolor actúa como mecanismo de defensa del organismo, este podrá manifestarse activamente, avisándonos de que algo inconveniente está acaeciendo en la evolución del cuadro (infección localizada con dolor, por ejemplo), y que en aquellos pacientes en los que consideramos conveniente que duerman a pesar del dolor,

CUADRO Nº 8-C

EVALUACION SUBJETIVA DEL DESPERTAR MATUTINO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

PACIENTES CON DOLOR



sea por la imposibilidad de vencer la enfermedad generadora (neoplasias incurables), sea por la falta de significado clínico que pueda tener dolor (una fractura por ejemplo), etc. deberemos utilizar otro tipo de hipnóticos o asociarlo a fármacos analgésicos. En el primer caso la Toquilona Compositum nos permitirá seguir la verdadera evolución del cuadro clínico sin enmarcarar el importante indicador algésico.

Vemos que los tres grupos han respondido en forma positiva tanto a la droga como al placebo y no existe una diferencia significativa entre sus efectos en cuanto al número de veces que despertó el paciente; si bien en el grupo total de pacientes y en el grupo de pacientes con dolor el porcentaje de pacientes que respondió positivamnte con la droga fué mayor, no sucede lo mismo con el grupo de pacientes con angustia en los que el placebo tiene un efecto ligeramente más positivo que el de la droga aunque también sin significación estadística. Consideramos que el análisis minucioso de esta situación curiosa tendría que incluír necesariamente la evaluación de cada una de las numerosas variables que pudieron haber intervenido en provocar el despertar, dadas las condiciones en que ha sido realizado este trabajo, tal cosa no es posible.

En cuanto a la frecuencia o intensidad de las pesadillas, hemos considerado que no es posible emitir una conclusión valedera; pensamos que los resultados son bastante confusos y el número de pacientes por grupos no permite un análisis adecuado; tenemos sin embargo la impresión (subjetiva) de que la droga no modifica significativamente la presencia de pesadillas.

A pesar de que algunas manifestaciones secundarias han sido registradas, no poseemos argumentos suficientes como para dejar definitivamente establecido de que provienen del uso de la droga; se requeriría de un estudio muy minucioso para poder identificar los factores etiológicos; es sugerente, sin embargo, la presencia de cefalea y dolor muscular aunque no podríamos aseverar que sea consecuencia del uso de la droga ya que se presentan, también, en aquellos pacientes que tomaron placebo, con mayor seguridad podemos afirmar que la intranquilidad es más frecuente con la administración de la droga, ya que en el único grupo en el que los pacientes tomaron placebo registraron este síntomo que fue en el de "angustia", lo cual es comprensible desde que la intranquilidad es su componente.

Estos primeros resultados está elaborados en base a los datos que poseen mayor objetividad, pues la "impresión" del paciente no inter-

CUADRO Nº 9
EVALUACION SUBJETIVA DEL SUEÑO NOCTURNO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

Total de pacientes

Sin droga ni placebo		DROGA		PLACEBO	
1	2 %	1	0 %	1	0 %
2	36 %	2	2 %	2	6 %
3	47 %	3	18 %	3	37 %
4	15 %	4	80 %	4	57 %
5	0 %	5	0 %	5	0 %
Total	100 %	Total	100 %	Total	

Pacientes con angustia

Sin droga ni placebo		DROGA		PLACEBO	
1	4 %	1	0 %	1	0 %
2	33 %	2	0 %	2	8 %
3	50 %	3	30 %	3	32 %
4	13 %	4	70 %	4	60 %
5	0 %	5	0 %	5	0 %
Total	100 %	Total		Total	100 %

Pacientes con dolor

Sin droga ni placebo		DROGA		PLACEBO	
1	0 %	1	0 %	1	0 %
2	42.5 %	2	0 %	2	0 %
3	38.5 %	3	14 %	3	37 %
4	19 %	4	86 %	4	63 %
5	0 %	5	0 %	5	0 %
Total		Total	100 %	Total	100 %

1	No durmió
2	Mal
3	Regular
4	Bien
5	Excelente

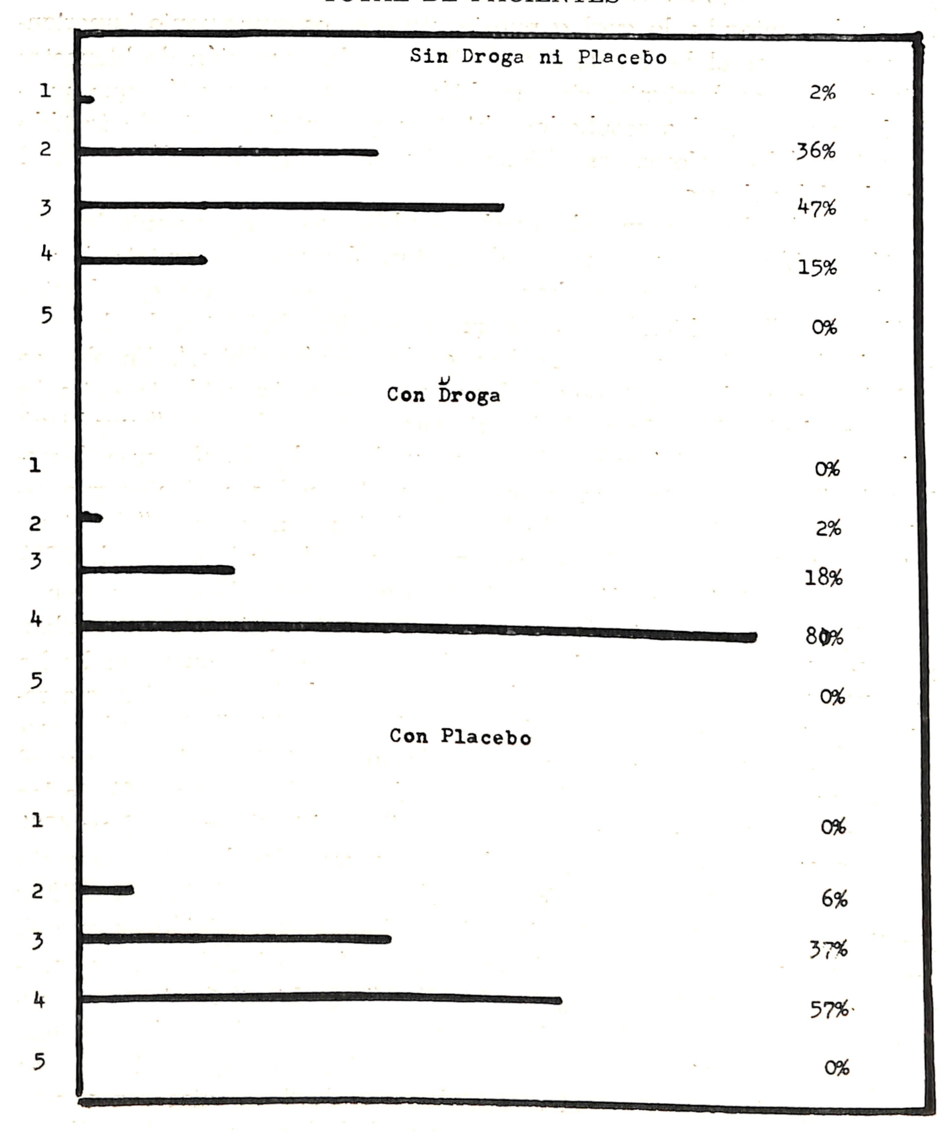
viene como factor fundamental, en cambio los aspectos que estudiamos al final están basados en respuestas que tienen su principal fundamentación en la "sensación" que el paciente tuvo de la efectividad de la droga; es bueno recordar que muchas veces no damos la debida importancia a la apreciación subjetiva que los pacientes tienen sobre una droga determinada, lo cual a nuestro parecer es sumamente importante, no sólo por el hecho de ser significativa la sensación de bienestar misma, que es bastante, sino también por la comparación que puede hacerse entre los resultados objetivos y subjetivos, siendo factible apreciar si las referencias objetivas tienen su correlato clínico en el mundo del enfermo.

Tanto la droga como el placebo modificaron positivamente la sensación tenida por el paciente al despertar, el mayor porcentaje de pacientes se encuentra en ambos casos en los grupos correspondientes a "bien" o "muy bien" mientras que antes de administrar la droga o placebo los pacientes se agrupaban en "regular" o "bien". En el caso del "grupo total de pacientes" hay una diferencia evidente entre la droga y el placebo a favor de la primera, pues en el grupo "muy bien" sobrepasa en un 24% a los de los segundos; además el grupo "excelente" sólo se aprecia, aunque en porcentaje en los pacientes que recibieron droga. En el caso de los "pacientes con angustia" la situación es similar pues la diferencia en el grupo "muy bien" es de 23% y aparece también un 6% de pacientes que refieren dormir "excelentemente", cosa que en ningún caso ocurre con los pacientes que recibieron placebo. En el grupo de los pacientes con dolor ocurre un hecho que dificulta algo la interpretación: en el caso de los pacientes que recibieron placebo, ninguno se ubica en el grupo "bien". De todos modos se puede intentar una aproximación interpretativa. Vemos que el grupo "bien" en el caso de la droga está ocupada por un 60% de los pacientes que la tomaron y que el grupo "muy bien" tan solo hay 47% o sea 27% menos que en caso del grupo con placebo. La pregunta que a continuación viene sería: el 60% al que nos referimos modifica significativamente la apreciación del caso?. Nuestra opinión es que si, pues coincide con una situación que es común en los dos casos anteriores: La suma de las columnas "bien" y "muy bien" (3 + 4) es mayor con la administración de la droga que con placebo; cabe, sin embargo una acotación en el sentido de que estas cifras (3 + 4) pueden ser aproximadas, como en el caso del grupo de "pacientes con angustia", pero aquí debe tomarse en cuenta cual de los grupos (3 + 4) en-

CUADRO Nº 9-A

EVALUACION SUBJETIVA DEL SUEÑO NOCTURNO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

TOTAL DE PACIENTES



globa la mayor cantidad y si esta cantidad es un porcentaje significativo del total que ocurre en este caso, en el que siendo la diferencia de la suma (3 + 4) tan sólo de un 6% la diferencia en el grupo 4 "muy bien" es de 24%, lo cual sí es significativo. En el 'Grupo total de pacientes" vemos que la diferencia entre la suma de los grupos "3 y 4" de drogas y de placebo es sólo del 4%, lo cual nos hace pensar que la diferencia entre ambas no es tanta, pero en el grupo "4" "muy bien" hay una diferencia del 23% lo cual nos indica que un mayor número de pacientes duerme mejor con la droga que con el placebo. En el caso de los pacientes con angustia las diferencias porcentuales son poco significativas: 8% en la suma "3" + "4" y 10% en el grupo "4" por lo que no podemos emitir un juicio definitivo. En cuanto a los pacientes insomnes por dolor, vemos que las sumas son exactamente iguales (100%) pero en el grupo "4" de los que recibieron droga hay un 23% de diferencia con los que recibieron placebo por lo que pensamos que la droga ha sido más efectiva en este caso. En resumen hemos apreciado que: una mayoría significativa del grupo "total de pacientes" tuvo la sensación de haber dormido mejor con droga que con placebo. En el caso de los "pacientes con angustia" la diferencia es pequeña a favor de la droga, pero consideramos que no es posible afirmar que no se deba al azar. En el caso de los "pacientes con dolor" los que recibieron droga tuvieron la sensación de haber dormido mejor que los que recibieron placebo.

Finalmente, en los tres casos (total, angustia, dolor) se da una sensación subjetiva más satisfactoria en los grupos de pacientes que recibieron droga que en los que recibieron placebo.

CONCLUSIONES

1.— De los resultados objetivos obtenidos en la experiencia podemos colegir:

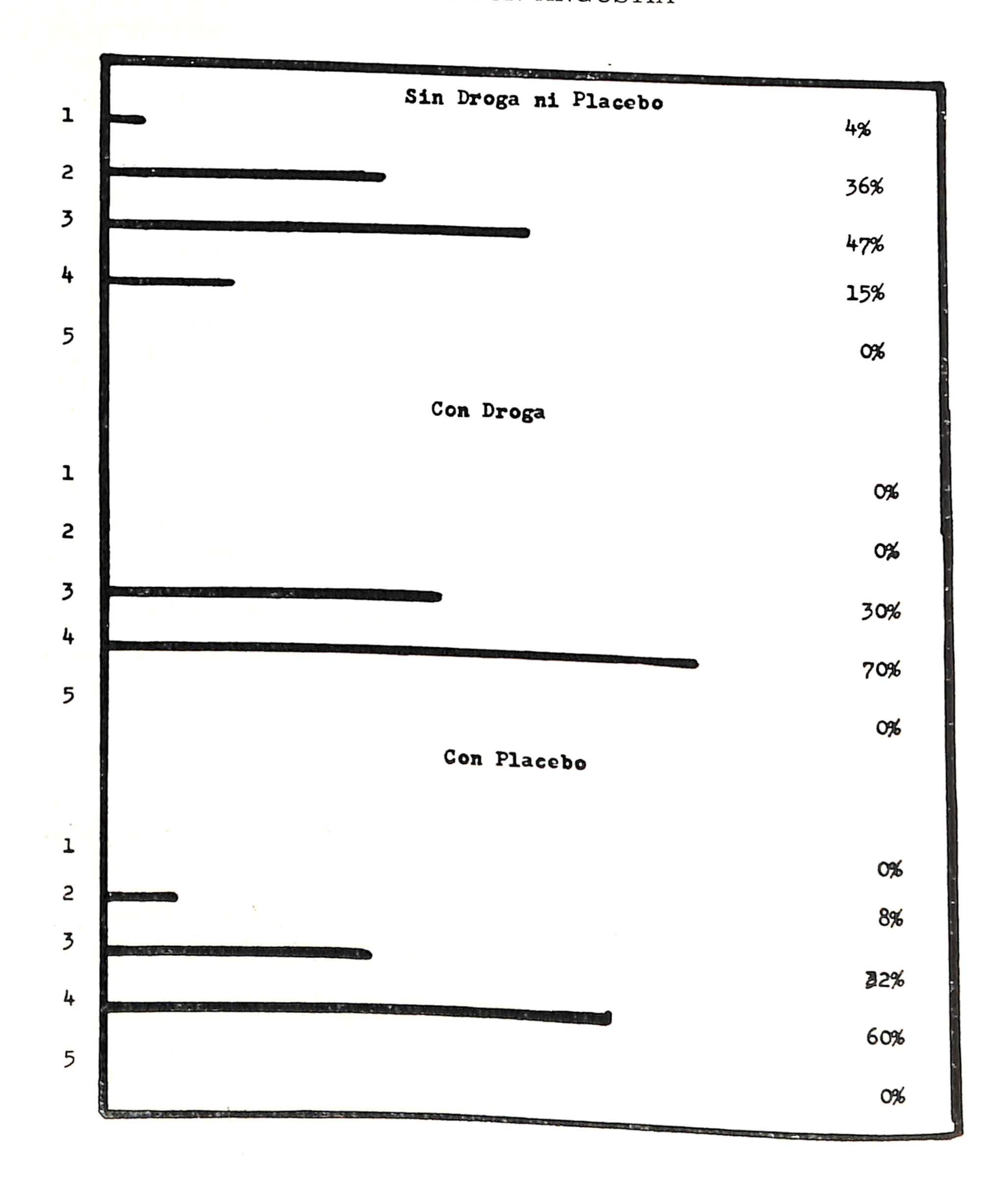
a) Que el total de horas de sueño se incrementó en forma significativa en los pacientes que recibieron la droga estudiada.

b) Que el efecto de la droga fué más pronta en dos grupos de pacientes (total de pacientes y pacientes con angustia) en comparación con el placebo; no acaeciendo lo mismo en el grupo de pacientes con dolor.

CUADRO Nº 9-B

EVALUACION SUBJETIVA DEL SUEÑO NOCTURNO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

PACIENTES CON ANGUSTIA



c) Que la droga no modificó, significativamente, el número de veces que solían despertar los pacientes, pero facilitó el pronto reinicio del sueño.

d) Que no existe evidencia de que la droga hubiera modificado significativamente el número de pesadillas en los pacientes.

2.— En cuanto a las connotaciones subjetivas los pacientes que recibieron droga, en los tres grupos estudiados, refirieron haberse sentido mejor al despertar y hubo la sensación de haber dormido mejor con la droga, tanto en el grupo total de pacientes como en el grupo de pacientes con dolor, no así en el caso de los pacientes con angustia.

RESUMEN

El presente trabajo fue realizado durante el lapso de once meses en el "Hospital Obrero de Lima" en cien pacientes internados por diferentes enfermedades en tres salas de medicina.

Previamente a la administración del "Tratamiento Experimental" se clasificó en ocho grupos a los cien pacientes según la "Causa Probable del Insomnio" y se confeccionaronn "Fichas Personales" para la toma de datos.

Se utilizó el método "double blind", administrando después de tres días previos de prueba, la droga (Taquilona Compositum) o el placebo por el lapso de seis días consecutivos.

Las conclusiones a las que se llegaron fueron:

1. Hubo, en todos los grupos estudiados, un incremento significativo (con una confiabilidad del 95%) de las horas totales del sueño, al mismo tiempo que los pacientes tuvieron la sensación de un despertar más confortable.

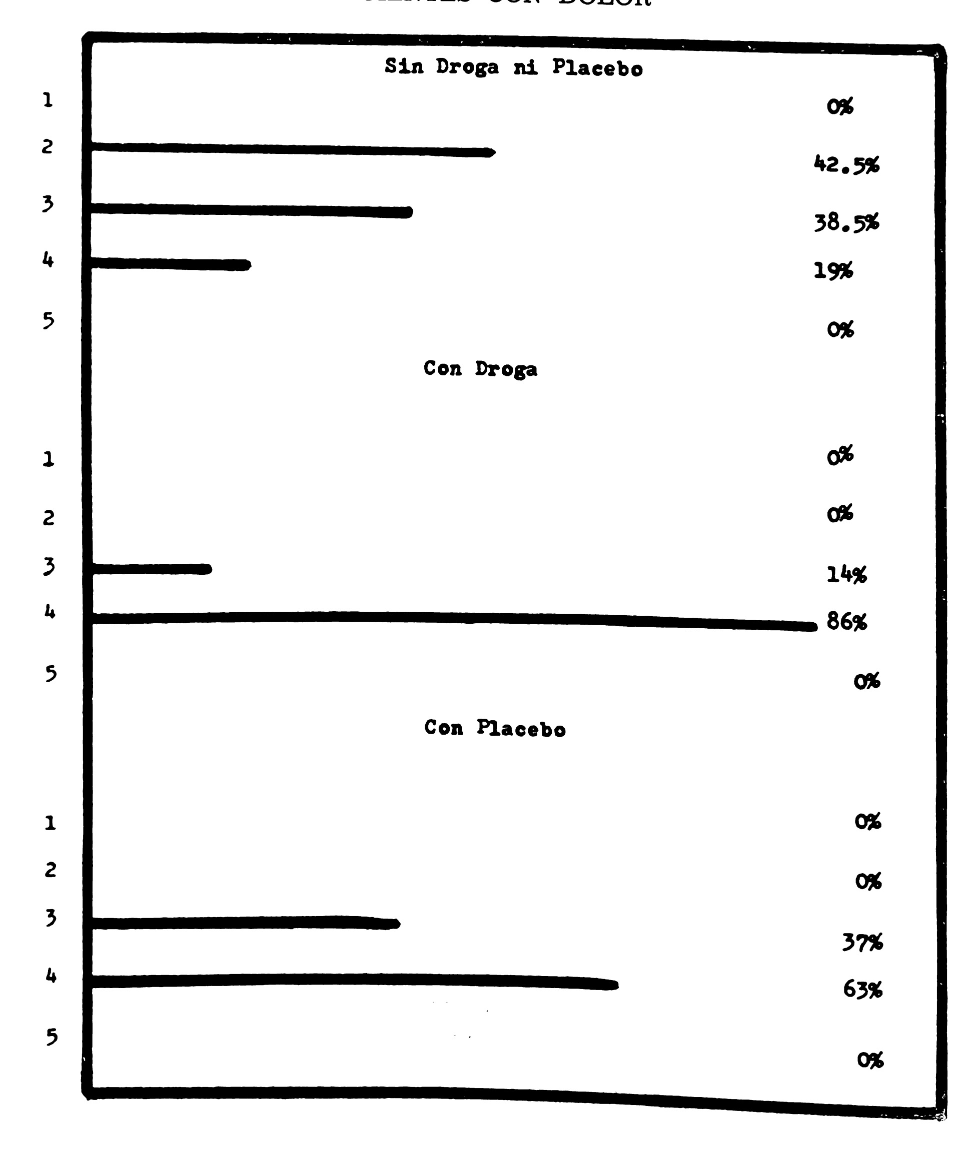
2. En dos de los grupos estudiados ("insomnes por angustia" y "grupo total de pacientes insomnes") el efecto de la droga estudiada fue más inmediato que en el "grupo de pacientes insomnes por sindromes dolorosos"; en estos últimos no hubo diferencia significativa entre droga y placebo.

3. Tuvieron la sensación de haber dormido mejor "el grupo de pacientes insomnes por dolor" y "grupo total de pacientes",

CUADRO Nº 9-C

EVALUACION SUBJETIVA DEL SUEÑO NOCTURNO
HOSPITAL OBRERO DE LIMA (1967-1968)

PACIENTES CON DOLOR



no así el "grupo de pacientes insomnes por sidromes angustiosos".

4. No fue observada ninguna modificación significativa en el número de veces que solían despertar los pacientes durante las noches, pero la droga facilitó claramente el pronto reinicio del sueño.
5. No se observaron efectos indeseables de trascendencia clínica significativa.

SUMMARY

The present work took place during a period of 11 months at the "Hospital Obrero de Lima". A group of a 100 patients were hospitalized in three sections with different illnesses.

Previous to the "Experimental Treatment", the 100 patients were clasified into 8 different groups according to the "Probable Cause of Insomnia". For each patient's data, personal files were made.

After three previous days of trial, the "Double Blind" method was used, supplying the drug (Toquilona Compositum) or the *placebo*, for a period of six consecutive days.

The following were the conclusions obtained:

1. There was, in all the groups studied, a significant increment (with a reliability of 95%) of the total hours of sleepness, and at the same time the patients had the feeling of a more pleasant awakening.
2. In two groups studied ("insomnia caused by anguish" and "total group of insomnia patients") the effect of the drug under study more immediate in the "group of insomnia patients caused by painful sindromes"; in the last group there was no significant difference between the drug and the *placebo*.
3. The "group of insomnia patients due to pain" had the sensation of a better sleep; this was no so with the "group of insomnia patients by anguish sindromes".
4. There were no significant changes in the number of times the patients woke up during the night, but the drug helped clearly to sleep again faster.
5. No undesireable effects of transcendental clinical significance were observed.

BIBLIOGRAFIA

1. SILVERMAN, M.: "Drogas mágicas", Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1947.— 2. PEDEMONTE, M.: "Del Valor del Sulfonal como Hipnótico". Tesis de Bachiller Nº 107; Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima.— 3. BECERRA, E. T.: "Aplicaciones Terapéuticas". Tesis de Bachiller Nº 122; Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima 1894.— 4. HERCELLES, G. O.: "Las Intoxicaciones Agudas Producidas por Derivados Barbitúricos Usuales (Somníferos)". Rev. Med. Perú; 8: 170, 1936.— 5. ZAPATA, O. V.: "Intoxicaciones por Barbitúricos, Esquema de Tratamiento". Rev. Viernes Médico; 14: 257, 1963.— 6. GUEVARA, J. D. y LOPEZ, J.: "Contribución al estudio del Veronal y sus derivados". Rev. Sanid. Milit.; 11: 170, 1938.— 7. SILVA, T. M.: "Algo más sobre el Veronal". Rev. Med. Hospital Obrero de Lima; 12: 353, 1963.— 8. SUZUKI, O. L. M.: "Identificación Cromatográfica de Barbitúricos en Toxicología". Boletín de la Sociedad Química del Perú; 29: 75, 1963.— 9. CARDINI, D. y BERETERVIDE, J. J.: "Terapéutica Clínica". Ed. Ateneo, 1947.— 10. MALHOTRA, R. P.; SAREEN, K. N.; KISHER, K.; AMMER, P. and GUJRAL, M. C.: "Pharmacological Study of 2-methyl-orthotolyl-quinazol-4-one-(QZ2)-a New Hipnotic". Indian. Journal of Medical Science; 12: 501, 1960.— 11. ROUSSEL, Laboratorios S. A.: "Documentación Básica". Dirección Médica, "Mandrax" D. M., 19. 6. 67.— 12. GNIRSS, F. and BOLLOGER, A.: "Toquilone Compositum, a new Soporific". (From the Psychiatric University Clinics, Vesle, Switzerland).— 13. BAYLOR, D. A. and HIMWICH, H. E.: "Effects of Metaqualone, on experimental CNS Depressant, on Electrical Potential of Rabbit Brain". Transaction of the American Neurological Association; 86: 192, 1961.— 14. DUTTA, N. K.: "Some Pharmacological Properties Common to Anthistamine Compounds". 4: 281, 1949.— 15. MICHELSON, A. L. and LOWELL, F. C.: "Antihistaminic Drugs". New England, Journal of Medicine; 258: 994, 1958.— 16. ELLIS, F. W. and NONSOME, J. F.: "The Efect of Certain New Antihistaminic Drugs on Bronchial Spasm". Federation Proc.; 5: 176, 1964.— 17. RIOS CARRASCO, R.: "La Psicofarmacología de nuestros días". Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas Vol. II, Nº 3-4, 1965.— 18. COHEN, I.: DU PICARD, F. et BOISSER, J. R.: "Estude de la Destribution Chez la souris d' un hipnotique marqué au Carbone 14, la Methil -2-orthotolyl-3-quinazolone-4". 19. COHEN, I.; WEPIERE J.; DU PICARD, F.: "Elimination de la Methaqualine Radioactive Chez la souris, Etude Quantitative et Essai d'identification des Metabolites". Thérapie, XX-101, 1965.— 20. LOEW, E. R.: "Pharmacology of Benadryl and the Specificity of Anthistamine Drugs". Ann N. Y. Acad. Sci. 50-1142, 1950.— 21. KUYOSHI, T.: "The Effect of Diphenhydramine on the Human and Rabbit Electroencephalograms". Jp. P. Pharmacology; 1087, 1952.



ACTITUDES Y MECANISMOS DE ADAPTACION DE LOS FAMILIARES FRENTE AL ENFERMO MENTAL*

MANUEL FERNANDEZ GALLEGOS**

INTRODUCCION

La enfermedad mental es una situación de stress tanto para el individuo que la padece como para la familia que se halla emocionalmente comprometida. Sabemos, por otra parte, que la sociedad discrimina y excluye al enfermo mental como mecanismo de defensa; por ello los objetivos de este trabajo son precisar si la familia también excluye al enfermo mental, qué mecanismos utiliza para tal fin, de qué medios se vale para no reconocer y aceptar que tiene en su seno un enfermo mental, cómo reacciona ante el stress emocional que significa la enfermedad mental, qué mecanismos adaptativos normales o patológicos utiliza para protegerse de la misma, si acepta o rechaza la presencia del enfermo mental en su organización, hasta que límites llega esta aceptación o rechazo, si oculta la familia la enfermedad mental de uno de sus miembros, de qué mecanismos se vale para ocultarla, etc

MATERIAL

Para esta investigación hemos tomado una muestra seleccionando al azar de 20 familias correspondientes a 20 pacientes psicóticos, solteros, 10 varones y 10 mujeres, de la Unidad de Hospitalización del

---

* Resumen de la tesis presentada para optar el título de Bachiller en Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1966.

** Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas.

Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima, en el período comprendido de Noviembre de 1965 a Febrero de 1966. Los integrantes de las 20 familias hacían un total de 60 probandos (28 padres y 32 hermanos).

Estructura Familiar

Las edades de los padres comprendían de 35 a 66 años y de los hermanos de 12 a 34 años. La mayoría de los padres habían nacido en provincias y los hermanos en Lima. Estas familias pertenecían a los siguientes grupos domésticos: familias completas: 11 (4 eran padrastros del paciente); familias incompletas: 7 y familias agregadas: 2. Los padres en su mayor parte habían cursado sólo hasta el 3º de Primaria, siendo este año el límite inferior de instrucción en los hermanos del pacientes; existían 5 padres analfabetos.

Ambiente Físico

Las viviendas estaban ubicadas en los diferentes distritos de Lima y Callao. La mayoría de ellas, alquilada, departamentos de adobe, de dos habitaciones, con servicios higiénicos propios.

Condiciones de vida

Predominaba la ocupación de costurera, más del 50% de las madres se ocupaban de los quehaceres de casa, la mayoría de los hermanos sólo estudiaban. El sostenimiento del hogar fundamentalmente estaba en manos de los padres y de los pacientes.

Antecedentes psicopatológicos de los familiares

Queremos poner énfasis en mostrar los antecedentes psiquiátricos de la familia (tabla Nº 1), por cuanto nos van a servir para hacer una valoración más real sobre la actitud familiar frente al miembro que posteriormente será el enfermo mental. Así mismo, podremos precisar los factores predisponentes y determinantes que han influído en la estructuración de la personalidad del paciente en estudio y en la génesis de su enfermedad mental.

Revisando este cuadro vemos que la patología predominante es la neurótica, correspondiente, casi en su totalidad a la madre o a la familia de ésta. En el padre merece poner énfasis al alcoholismo, y en él y su familia la patología psicótica, especialmente de tipo esquizofrénico.

TABLA Nº 1

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS DE FAMILIARES DE ENFERMOS MENTALES DEL HOSPITAL OBRERO,

Nov. 1965-Feb. 1966. Lima.

DIAGNOSTICO	FAMILIARES				
	TOTAL	PADRE	MADRE	HERMANOS	OTROS
TOTAL	**30**	**9**	**12**	**4**	**5**
Síntomas de Angustia	8	—	7	—	1 Tío M.
Alcoholismo	7	7	—	—	—
Esquizofrenia	7	2	2	1	2 Abuelo P.
Síntomas de Depresión Neurótica.	2	—	2	—	—
Reacciones disociativas	2	—	—	—	2 Tías M.
Epilepsia	2	—	1	1	—
Síntomas Psicofisiolog. De Apar. Cardiovasc.	1	—	--	1	—
Deficiencia Mental	1	—	—	—	—

RESULTADOS

Debemos señalar que todos los miembros de una familia emitían una similar modalidad de respuesta frente a las diferentes preguntas que se les hacía, por ello englobamos las respuestas refiriéndonos a las familias, haciendo una subdivisión entre las dadas por los padres y por los hermanos.

Concepto de enfermedad mental

Respecto a la opinión que les merece un enfermo mental dijeron que era "una persona rara", un "débil mental", que "no está en sus sentidos", que "no puede atar", que "a veces se ve contra algo o alguien', que "se le puede comparar con un animal por su comportamiento", que "es una persona anormal", "un loco", etc. En términos generales, podemos decir que esta descripción corresponde a las características del psicótico.

Con el fin de aclarar esta concepción indagamos qué es lo que pensaban de un "loco" y de un "nervioso" y luego interrogamos acerca de la relación que existía entre el enfermo mental, el "loco" y el "nervioso". Todas las familias coincidieron en mostrar al "loco" como un enfermo mental, en cambio señalaron al nervioso como "una persona que sufre", "que tiene cóleras", "que se da cuenta de su mal", pero "que no puede controlarse", que "tiene dificultades para relacionarse con los demás", que "ha tenido frustraciones en su vida", etc., es decir que presenta las características del neurótico.

Acabamos de ver que los familiares, en forma global, remarcaron que un enfermo mental era un "loco". O sea que ellos pensaban, de acuerdo a las respuestas examinadas, que solamente el psicótico ("loco") era un enfermo mental. De otro lado, identificaron al "nervioso" con el "neurótico".

Concepto del cuadro psiquiátrico del paciente

Referente al familiar enfermo, se les preguntó qué es lo que habían pensado acerca de la enfermedad de éste, lo cual nos permitiría ampliar los conceptos anteriores y valorar la propia actitud frente al enfermo mental. Los padres de 12 familias dijeron que aquél "tenía una enfermedad mental" o "locura", los de 4 que estaba "nervioso", a los de 3 no tenían idea de lo que estaba pasando y los de una familia pensaban que se había "intoxicado". Los hermanos de nueve familias manifestaron que el paciente se "había vuelto loco", "que había perdido la razón", los de 8, que estaba "nervioso", los de 2, "que era mañosería lo que tenía" y los de una familia, que había entrado a la edad del "desarrollo". Es de observar que la mayoría señala al paciente como un "loco", es decir, como un psicótico.

En segundo lugar, presumían que podía ser un "nervioso", mejor dicho, un neurótico.

Sentimientos de una familia en torno al enfermo mental

El aspecto afectivo no puede desligarse de la persona, nadie es capaz de vivir sin impregnar su existencia de una totalidad afectiva. El enfermar de un miembro de la familia, suscita de parte de ésta sentimientos positivos o negativos hacia la persona enferma; por lo que se indagó acerca del tenor afectivo aludido. Los padres de 14 familias respondieron consternados que al tener a un hijo así se veían embargados por una "gran tristeza", "sufrimiento", "pena". En los de 6 familias, en cambio, dejaron entrever que el hijo enfermo significa "un peso", "un ser inválido", "una persona inútil" y que "la fatalidad había llegado para toda la familia". Por otro lado, los hermanos, demostraron estar "muy preocupados" por la enfermedad del paciente; sentían "pena" y "dolor" por la "ausencia del hermano querido".

Si bien es cierto que la familia, en su mayoría, participaba de la dolencia del paciente, también es cierto que una pequeña parte, en este caso los padres, se incomodaban por la alteración mental del familiar. En casi todas las familias señalaron a la madre como la persona más angustiada. Los menos angustiados dijeron ser los hermanos menores. Referente a esto último, debemos aclarar que estos miembros no tenían un cabal conocimiento de la enfermedad del hermano.

Temores frente a la enfermedad mental

Existe un temor general a todas las enfermedades, pero determinadas afecciones condicionan temores peculiares que se traducen en actitudes más característicamente precisables. En este caso nos interesaba conocer en qué forma enfrentaba la familia la enfermedad mental a través del paciente psicótico miembro suyo. Todas las familias encuestadas precisaron que el principal temor frente a la enfermedad mental era que el paciente iba a ser "segregado", "aislado", "separado de la sociedad", en donde, los demás "lo iban a ver como un loco", todo lo cual había originado una persistente angustia en el grupo familiar; respecto al paciente mismo, algunos manifestaron el temor de que éste pudiese "violentarse", "agredir" a alguno de los suyos. Hubo dos familias que temían que el paciente se "muera" por

la enfermedad. Existía pues, en los probandos, una tendencia general a temer la enfermedad mental: esto se traducía en sentirse señalado por la sociedad y en temer que ésta separe al enfermo de su seno.

Acción realizada frente al enfermo mental

La mayoría recurrió al Hospital del Seguro Social Obrero, la explicación es obvia ya que se trataba de pacientes asegurados. Los familiares que llevaron al paciente a un médico general particular lo hicieron por el fácil acceso a éste. Se evidenció cierta presión de parte de otras personas o de los mismos familiares, para obligar a que el paciente se le haga ver por un curandero. El paciente que fue llevado al psiquiatra particular ya había sido internado anteriormente en una institución psiquiátrica. Algunos padres nos manifestaron que frente a la resistencia del paciente para recurrir al psiquiatra o a la institución psiquiátrica, utilizaban subterfugios, tales como: "ahí te van a curar de tu acné", "sólo te van a poner unas inyecciones", etc. Pero la mayoría de los enfermos aceptaban la hospitalización en forma pasiva. Casi todos los familiares estaban de acuerdo con el internamiento del paciente en el servicio de psiquiatría, aludiendo de que era el tratamiento más indicado y, por ende, que esperaban su curación. Hubo un padre que, en un comienzo, no quiso hospitalizar a su hijo negando furiosamente la naturaleza de su dolencia, "el no está loco para que lo manden al Servicio de Psiquiatria", lo cual podemos tomar como un ejemplo de resistencia familiar para aceptar la enfermedad mental.

Posibilidad o deseos de ayudar al paciente en el momento de la entrevista de la familia.

Los padres, en 12 familias, remarcaron la importancia de la "adquisición de medicamentos que el médico recete", en 6 señalaron la conveniencia de apoyarlo afectivamente: "estando más cerca de él", "animándole", "dándole tranquilidad", etc. En 2 familias ponían énfasis en "la mejor alimentación" y administración de "tónicos". Los hermanos en 15 familias, pusieron de relieve la necesidad de apoyar afectivamente al familiar enfermo: "dándole ánimo", "no fastidiándolo", comprendiéndole", "dándole valor", etc., en 5 familias opinaron que la "receta médica" podría proporcionar esperanzas de curación.

En resumen la mayoría de los padres se ampararon en la prescripción médica como posibilidad de curación del familiar enfermo. En cambio, los hermanos pensaban que el "apoyo emocional" de parte de ellos podría ayudar a la curación del enfermo mental.

Temores al psiquiatra o a la institución psiquiátrica

Tratando de hacer extensivo el estudio de los temores que sentían los familiares respecto a la enfermedad mental, se trató de ver qué temores tenían estos frente al psiquiatra o a la institución psiquiátrica.

Frente al psiquiatra, en 13 familias, los padres dijeron no experimentar "ningún temor"; en 4 familias "miedo de que el psiquiatra confirmara la locura"; en 2, "que le saque líquido de la columna y en 1, "que el psiquiatra pregunte todo". Los hermanos casi no manifestaron sus temores; habiendo sólo un familiar que subrayó que "los psiquiatras se vuelven locos".

Frente a la institución psiquiátrica, los padres en 13 familias expresaron no sentir "ningún temor", en dos familias temían que el paciente "empeore", "que se le aplique electrohock" y "que se pueda morir por electroshock"; en dos "que los empleados la maltraten"; en 1, "que los enfermos le peguen"; en 1, "que abusen sexualmente de ella", etc.

Los hermanos, sólo en dos familias, manifestaron que estaban preocupados de "que empeore por estar con los locos" o "que los otros enfermos lo traten mal". Muchos de los que dijeren no vivenciar ningún temor por el psiquiatra o por el centro donde éste laboraba, lo hicieron con énfasis repetitivo, casi compulsivamente: "no siento temor por los psiquiatras", "no tengo nada contra ellos". "No, no hay ningún temor". O en su defecto, algunos de los entrevistados respondieron escuetamente con el monosílabo "no", dejando entrever en su actitud ante el interrogador, cierta suspicacia y ansiedad, como si temiesen se insista con otra pregunta similar y se ponga en duda su opinión. Esto y los temores registrados más arriba, nos están demostrando claramente que exite una actiud defensiva cuando se trata de hacer conciencia de ciertos problemas psicológicos; se evidencia un temor a ser descubierto intrapsíquicamente y a ser manejados por personas que se ocupan de investigar los problemas mentales.

Ideas y proyecciones de la familia respecto al paciente y su enfermedad.

Es indudable que la actitud frente a otra persona también puede determinarse a través del pensamiento o sentimiento proyectivos; en nuestra investigación vimos que tenía mucho valor poder descubrir lo que el familiar entrevistado creía lo que el enfermo pensaba o sentía respecto a aquél. Así los padres, en 15 familias, dijeron: "el reconoce todo lo que estamos haciendo por su curación", "está satisfecho porque somos buenos con él", "sabe que estamos dispuestos a hacer algo por ella", etc.; en dos familias manifestaron: "él desea que mejoremos nuestra situación económica y que hagamos algo por su curación"; en 2, dijeron: "pensará que no queremos sacarlo del hospital", "dirá que nos estamos aburriendo de él"; según dijo una madre: "creerá que me voy a morir y que la voy a dejar". Los hermanos en 17 familias, expresaron lo siguiente: "él piensa que lo vamos a ayudar en su curación, porque sabe que lo queremos mucho", "piensa que estamos con él y que no lo vamos a dejar". En las tres familias restantes respondieron así: "pensará que yo soy la persona enferma y no él", "dirá que soy una persona extraña, que me fastidio con ella y que por eso no la visitó", etc. Se traducía proyectivamente, en la mayoría de los familiares, una actitud de satisfacción autogratificadora por la labor que realizaban con el familiar enfermo. En una minoría, se sentían acusados y señalados por éste.

Ideas sobre el pronóstico de la enfermedad del paciente

Declarada ya la enfermedad mental en un miembro de la familia, se hacía imperioso saber qué ideas podían ellos emitir respecto al pronóstico de la misma, lo cual nos permitiría apreciar otro aspecto más de la actitud familiar frente al enfermo mental, con tal fin se interrogó acerca de lo que los familiares entrevistados pensaban o sentían respecto al pronóstico del familiar enfermo. Los padres en 13 familias, manifestaron que deseaban la curación del paciente: "se curará", "va a sanar", decían; en 6 familias, se mostraban pesimistas, aludiendo: "está muy enfermo, quizá no se cure"; en una familia, un padre manifestó deseos de muerte: "que sane o que Dios se lo recoja", dijo. Los hermanos en 16 familias, enfrentaban la enfermedad en forma optimista: "debe curarse" "va a sanar", "mejorará", etc.; en 4 mostraban abierto pesimismo: "es una hermana inválida", "sólo queda rezar por él

que no sabe lo que hace". La mayoría de los familiares, sobre todo los hermanos, miraban el futuro del paciente en forma optimista, la minoría dudaba o negaba el posible restablecimiento del familiar enfermo.

Opiniones de la familia frente a la posibilidad de no curación del paciente

La actitud familiar frente al enfermo mental, no sólo podía estudiarse presentando situaciones positivas como lo expresado en el título anterior, sino que era necesario penetrar en la apreciación más íntima de la misma, urdiendo un destino sombrío para el paciente; por eso, se les interrogó acerca de lo que pasaría en el hogar si es que el familiar enfermo no se curaba. Los padres, en 12 familias, en tono apagado expresaron: "quedaría una resignación dolorosa", que "el hogar sería un desastre"; en 5, que el enfermo "podría hacer algo grave", que "sería capaz de agredir a cualquiera de sus familiares"; en 43 dijeron: "de todas maneras se curará", etc. Los hermanos en 13 familias, sostuvieron que "habría gran tristeza", que "todos tendrían pena", "sería un sufrimiento"; en 4 se expresaron diciendo: "que si la curación no es posible se le seguirá tratando", que "si se curará"; en 2 dijeron que "la mamá se enfermaría" y en 1, que "la abuela se moriría". Claramente se evidenció que la familia manifestaba sufrimiento y posible desorganización de su estructura frente al pronóstico sombrío del miembro que se había enfermado, mientras que en un número reducido de padres, existía temor a la agresión; algunos familiares, especialmente los hermanos no aceptaban el posible mal pronóstico del paciente. Una minoría de hermanos, frente a esta posibilidad, imaginaban una enfermedad similar o la muerte de la figura parental femenina.

Tendencia a ocultar la enfermedad mental a la familia

La enfermedad mental, como estamos viendo, significa una situación conflictiva para la familia, cuyos alcances nos eran de interés precisar. No todos los miembros de una familia sabían que el paciente estaba hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría, generalmente los hermanos menores y algunos familiares que vivían fuera de la casa; las razones que daban los familiares para explicar dicha hospitaliza-

ción a los que la ignoraban, era de que el paciente padecía de una enfermedad orgánica: "está enferma del estómago", "está enfermo de los ojos", "tiene anemia", etc. Al preguntarles qué podrían pensar esos familiares si llegasen a enterarse del internamiento del paciente en el Servicio de Psiquiatría respondieron, en un gran porcentaje, con argumentos que negaban la naturaleza de su patología, con explicaciones falsas: "pensarán que está de viaje" decían, algunos inclusive, preferían dar respuestas como éstas: "creerán que está en el frontón", unos pocos se rendían ante la realidad manifestando que los otros familiares "podrían pensar que está enfermo de los nervios", "que se ha trastornado", "que se ha vuelto loco". En conclusión, la familia manifiesta una tendencia general a negar la enfermedad mental del paciente, aparte de presentar una serie de razones para justificar su intenamiento, negando o racionalizando toda idea que tuviese la pretensión de hacerles recordar que tenían un miembro hospitalizado en el Servicio de Psiquiatría.

Tendencia a ocultar la enfermedad mental al vecindario y a los círculos amicales

Manifestaron los familiares que algunos vecinos y amistades sabían que el paciente estaba hospitalizado en Psiquiatría por sufrir de los "nervios". La explicación que se daba a los que, sin saber de la enfermedad del paciente, preguntaban por él, era de que estaba "trabajando", que estaba de "viaje", o que se había hospitalizado por padecer de "sinusitis", del "estómago", del "apéndice", de "anemia", etc. Interrogados acerca de lo que aquellos podrían pensar si llegasen a enterarse de la verdad manifestaron que probablemente pensarían que el paciente "había salido de viaje", notándose claramente que no aceptaban la realidad; otros, más de acuerdo con los hechos, dijeron que los vecinos o las amistades "podrían pensar que está enfermo de los nervios", o "quizás piensen que se ha vuelto loco". Algunos familiares señalaron que las personas enteradas de la hospitalización del paciente podría pensar que el enfermo padecía de una "enfermedad hereditaria de la madre", "de una enfermedad incurable", "seguramente el padre no le había proporcionado una buena alimentación" y que "estas personas sentirían pena y lástima" por el familiar internado; frente a la aparición de la enfermedad mental de uno de sus miembros, los familiares utilizaban diversos mecanismos de defensa para

ocultar o negar dicha patología, particularmente los mecanismos de negación y de racionalización. También es interesante hacer hincapié que, cuando aceptaban la enfermedad mental, lo hacían bajo el denominativo de "nervios", evitando el término de "locura", en lo posible en concordancia con que los "nervios" son la designación popular de neurosis y la "locura" la de psicosis.

Sentimientos y temores frente a la posibilidad de enfermedad mental de los familiares entrevistados

Interrogando qué es lo que pasaría en el hogar si es que el familiar, a quien se estaba entrevistando en ese momento, se enfermaba mentalmente, buscamos una aproximación más profunda y más auténtica acerca de las connotaciones afectivas personales que tiene la patología psíquica. Los padres, en 18 familias contestaron que frente a la enfermedad mental de ellos "habría tristeza y desesperación", "sería un desastre", "los hijos no sabrían qué hacer", "quedarían abandonados", "sin amparo", etc.; en 2 respondieron más o menos de esta forma: "tendría que curarme, internarme, porque si no quién vería por el hogar"; en 2 dijeron que los hijos "afrontarían la situación de la casa", "ellos se ayudarían", etc.; en una familia señalaron que los hijos "podrían enfermarse", en un padre dijo que "se mataría" y la esposa correspondiente que "tendría que abandonar la casa"; en 1 familia, una madre muy angustiada se expresó así: "no, yo no me enfermaría. Tengo un hijo que está en la cárcel, una hija que ya está grande y no habla bien, otra que tiene 23 años y todavía no menstrúa, mi esposo que se emborracha casi todos los días y mi hijo que está en el hospital. ¡Qué desgracia!, yo no podría enfermarme, ¡Si me enfermo, quién vería por ellos"; al terminar esta madre su relato, se puso a llorar desconsoladamente. Los hermanos en 14 familias, frente a la posible enfermedad mental propia, manifestaron que "en el hogar habría tristeza", que "la familia sufriría", que "todo se acabaría", que "habrían dos enfermos"; en 3 señalaron que "tendrían que recurrir al médico, porque si no quién vería por ellos en el futuro"; en 2: "dirían que es herencia de la madre", "mi madre se enfermaría", "la abuela se moriría"; en una familia, un hermano dijo que antes de enfermarse mentalmente "preferiría la muerte". Como acabamos de apreciar, la mayoría de los familiares, expresaron que la enfermedad de cualquiera de ellos repercutiría en el resto de la familia en forma negativa, ocasionando al-

teración de ésta; en unos existía la obligatoriedad de curarse por tener que afrontar la situación económica del hogar; otros cargaban la responsabilidad a los demás; unos pocos optaban por evadir la situación por medio del suicidio; otros expresaron rechazo hacia algunos miembros de la familia así como la posibilidad de que éstos se enfermen mentalmente, también manifestaron deseos de abandonar el hogar y hasta sentimientos homicidas.

COMENTARIO

La familia, cuando se ve amenazada por cualquier factor "stressante," tiene que utilizar una serie de mecanismos para tratar de mantener su equilibrio, Seguín señala: "así como el organismo, frente al stress, pone en acción sus capacidades biológicas y psicológicas para restaurar el equilibrio que ese stress le hizo perder; así la familia usa, frente a la enfermedad de uno de sus miembros —que constituye un stress grave—, todos los recursos que posee para combatir, no solamente la enfermedad misma, sino el peligroso desequilibrio que esa enfermedad ha producido en su total organización y vida" (4).

Nuestra investigación tiende a mostrar los diferentes mecanismos que la familia utiliza frente a la enfermedad mental de uno de sus integrantes, habiendo delineado claramente que el concepto de "loco" corresponde al de psicótico y el de "nervioso" al de neurótico. Distinción altamente importante por el contexto socio-cultural que conlleva. Frente al familiar enfermo la diferenciación es tergiversada en el sentido de que los pacientes hospitalizados, todos ellos psicóticos, eran descritos o calificados como neuróticos. Cosa que podemos explicar de dos maneras: que los trastornos psicóticos pueden, inicialmente, semejarse a una neurosis, lo cual explicaría esta confusión; o el de negar o restar importancia a la gravedad que implica la psicosis. Es pues, preferible tener en el hogar un "nervioso" y no un "loco".

En toda la evaluación clínica debe tenerse siempre en cuenta el elemento individual, en sus dos aspectos: orgánico y psíquico, y el elemento cultural, en su aspecto familiar y social. La tendencia general de señalar a los factores emocionales como elementos etiológicos de las enfermedades mentales, merece atención; especialmente si se considera que la severidad de los casos está dado por la presencia de problemas en la relación interpersonal; así Valdivia y Zapata manifestaron que es bien conocido en la mente popular que "los traumatismos psicológicos",

"depresión" "impresión" y "desgracia" rompen el equilibrio psicológico precipitando la enfermedad mental" (7).

Los sentimientos negativos, expresados bajo la forma de rechazo, incomodidad o resignación dolorosa, nos estarían revelando la existencia de elementos desorganizadores en la familia, siguiendo los aciertos de Ackerman en el sentido de que "existe una conspiración inconsciente entre los miembros de la familia para desplazar su hostilidad en un chivo emisario que puede ser otro miembro de la familia o una persona ajena" (2).

Pudimos observar que existía una mejor aceptación del enfermo mental de parte de los hermanos. Esto nos hace pensar en tres cosas: 1. Limitado conocimiento del tipo de enfermedad de parte de estos familiares. 2. Poca responsabilidad de éstos para con el hermano enfermo. 3. Podría ser una alianza de los hermanos y el paciente frente al rechazo de los padres.

Aparecida la enfermedad mental en un miembro de la familia, se aprecia la necesidad imperativa de "hacer algo". El hospital es generalmente una buena solución, particularmente permite evadir las responsabilidades, aunque algunos pacientes asegurados prefieren ir al médico particular; creemos que una de las principales razones que los induce a esto, son las múltiples incomodidades de la atención hospitalaria en nuestro medio, especialmente, son muchos los pacientes y muy escaso el tiempo que se les dedica, las facilidades físicas exiguas y la motivación por parte del médico asombrosamente pequeña, pero aquí tropezamos con otro peligro, la falta de orientación popular para buscar al especialista; ya hemos visto que los enfermos mentales, en un inicio recurren a los médicos generales, a los neurólogos u otros especialistas quienes los tratan y sólo cuando fracasan o aprecian el cuadro clínico como muy grave lo remiten al psiquiatra; muchas veces ni siquiera recurren al médico y buscan alivio en el curandero, el boticario o cualquier "enterado". Beutner y Hale aseguran que "los enfermos mentales empiezan a tratarse mucho después que otros enfermos" (3). Enfatizando la gran resistencia que despierta la consulta psiquiátrica, existe un temor general frente al psiquiatra y a la institución psiquiátrica, gran parte de las personas asocian estos términos con la "locura" y hacen estos razonamientos: "el psiquiatra trata a los locos, yo no soy loco y por lo tanto nada tiene que ver conmigo" y es más, se señala al psiquiatra como otro posible "loco". Indu-

dablemente que esto es una distorsión proyectiva frente al psiquiatra debido a un profundo temor de escisión o pérdida de autonomía del yo. Por otra parte se teme ser "visto", ser "descubierto" y más aún a ciertas formas de tratamiento, dándose lugar a fantasías persecutorias y ansiedades; Zapata y Valdivia nos dan cuenta de un temor generalizado a la punción lumbar: "los sujetos creen que la punción lumbar puede traerles los siguientes trastornos: 1. Quedar paralítico o inválido. 2. Sufrir de enfermedades mentales o nerviosas. 3. Quedar débil o impotente. 4. Sufrir de dolores. 5. Morir" (8). La falta de información adecuada estimula la utilización de una serie de pretextos para evitar el enfrentamiento terapéutico. Necesitamos, y con urgencia, educar nuestra gente en estos problemas médicos y no debemos esperar que ellos nos busquen, somos nosotros los que debemos acercarnos a ellos en nuestra condición de líderes de nuestra sociedad y de activos agentes de cambio que aún no hemos asumido nuestras responsabilidades en su total plenitud.

La familia se autogratifica proyectivamente cuando realiza una labor satisfactoria con el familiar enfermo, en cambio, cuando no existe una atención adecuada frente al enfermo mental, también proyectivamente, se autoacusa. Entrando en mayores detalles vimos como los padres, en alto porcentaje, consideraban que el mismo paciente psiquiátrico poco o nada podía hacer por su curación por no tener conciencia de su situación patológica; los hermanos, en cambio, miraban al paciente con mayor confianza y optimismo, lo que nos dice que existía mayor aceptación del enfermo mental de parte de estos últimos.

La familia ante la situación de enfermedad mental, tiende a dividirse en dos bandos; de un lado existen familiares que aceptan al enfermo mental y desean su restablecimiento; de otro lado, hay otros que lo rechazan, tanto hasta desearles la muerte. Ya señaló Ackerman que "a menudo la familia se divide en campos separados y una parte de ella se opone a la otra" (2). Existe, pues, una actitud agresiva frente al enfermo mental; lo cual, indudablemente, responde a un temor de ser agredido por el paciente psiquiátrico. Por tal motivo, la gente tiene que tomar una actitud suspicaz, defensiva. Seguín dice al respecto "el enfermo mental es un ser que es temido, del que hay que protegerse y ello, recluyéndolo en un hospital mental" (5), "se ve al enfermo mental no como un ser que sufre, sino como un ser violento, peligroso, que preocupa y puede ser una amenaza para los demás" (5).

El rechazo hacia el enfermo mental es más marcado de parte de los padres. De parte de un sector de la familia, que no aceptaba la posibilidad de un mal pronóstico del paciente, existía una expresión agresiva hacia otros familiares. Esta actitud es importante remarcarla, por cuanto pone en evidencia la falta de armonía de estas familias. Ante situaciones stressantes se toma una actitud agresiva frente al familiar enfermo y ésta se desplaza hacia otros familiares al amparo de la tendencia general de echarse la culpa unos a otros de este modo la enfermedad mental termina por romper la estabilidad emocional de la familia y todos los familiares, en una u otra forma, se ven comprometidos en esta situación; más aún cuando nadie desea tener una enfermedad mental e inclusive se prefiere la muerte.

Es evidente que la enfermedad mental trae consigo muchas dificultades, una de ellas y que los familiares señalan con especial énfasis es que la sociedad discrimina al enfermo mental y tiende a segregarlo y muchas veces la familia, dado que es una unidad social, incorpora y expresa también esta actitud de rechazo.

Es digno de anotarse que el primer mecanismo de defensa que estas familias utilizan es la negación de la enfermedad mental, luego la racionalización y la mentira. Existe una tendencia general a ocultar la enfermedad mental, en concordancia con lo postulado por Adis y Waysanen: "la enfermedad psiquiátrica es considerada como vergonzosa" (1). Quizás esto explique el porqué de la demora de los familiares para solicitar tratamiento especializado. Estos mismos autores manifiestan que "no es extraño que muchas familias tomen medidas extremas para ocultar el hecho de que alguno de sus miembros es un enfermo mental, llegando hasta el extremo de impedir que reciba tratamiento psiquiátrico" (1).

Por ello necesitamos renovar nuestra manera de pensar, debemos ir ajustándola a la realidad, destruir los perjuicios y aceptar con menos angustia las situaciones emergentes y tratar de solucionarlas en un contexto más adecuado.

Adis y Waysanen afirman que "la enfermedad mental y los problemas de salud mental tienden a provocar una respuesta negativa de parte del público" (1). Y esta actitud no es sólo de la gente profana, sino también de nuestros estudiantes de medicina, de nuestros médicos y hasta de nuestros psiquiatras, y no se trata tan sólo de cultura, ni de grado de información; el problema a nuestro entender es mucho más profundo, se trata de madurez emocional.

CONCLUSIONES

1.—Los conceptos de enfermedad mental en las familias estudiadas correspondía a la designación popular de "loco" para el paciente psicótico y de "nervioso" para el paciente neurótico, evidenciándose una definida tendencia a disminuir la gravedad del enfermo sicótico señalándolo más bien como si fuera un neurótico.

2.—Muchas familias, ante la aparición de la enfermedad mental, tendían a dividirse en dos grupos, de un lado los que aceptaban al enfermo mental y deseaban su curación y de otro los que rechazaban, al extremo de desearles la muerte; por otra parte trascendió una marcada tendencia a echarse la culpa unos a otros.

3.—El rechazo hacia el enfermo mental era más manifiesto de parte de los padres; mientras que de parte de los hermanos existía una mejor aceptación. Esto podría significar una menor responsabilidad de los hermanos o una alianza de los mismos frente al rechazo de los padres.

4.—Los familiares, recurrían de primera intención al médico general, la mayoría de ellos habían consultado a más de un médico; buscaron al psiquiatra sólo cuando la enfermedad mental se había agravado o tornado peligrosa tanto para el paciente como para sus familiares. Pese a la tendencia de ocultar la consulta a "curiosos", "curanderos", etc. hubieron familias que confesaron haber recurrido a éstos en pos de ayuda.

5.—Se patentiza un temor general al psiquiatra y a las instituciones especializadas, una especial discriminación del enfermo por parte de la sociedad y una nítida tendencia a la segregación de la que no es ajeno el grupo familiar.

RESUMEN

El presente trabajo trata de una investigación, realizada en 20 familias de enfermos mentales internados en el Hospital Obrero de Lima, con el fin de estudiar la actitud y mecanismos de adaptación de la familia frente al enfermo mental. Se indagaron los conceptos que tenían los familiares acerca de la enfermedad mental, su pronóstico y terapia: se estudiaron los sentimientos que existían en la familia con respecto

al enfermo mental, los temores que suscitaba, las formas de acción frente a esta situación, los temores que suscita el psiquiatra y las instituciones especializadas, las explicaciones que la familia daba a otros familiares, vecinos o amistades que desconocían la naturaleza de la enfermedad y, por último, lo que podría suceder en su hogar si ellos se enfermaban mentalmente.

SUMMARY

This is an investigation made of twenty families with mental illness wich were interned in a "Hospital Obrero de Lima" with the purpose of studying their behave and adaptation of the family in front of the mental patient. There was an investigation about the ideas that the relatives had toward the mental illness, their diagnosis and therapy. They studied the feelings that existed in the family with respect to the mensital patient. The fears caused, the ways of he action in front of this situation, the fears that the psychiatrist and the specialized institutions cause. The explanations that the family gave to the other relatives, neighbors or friends who didn't understand the nature of the sickness. And last, what could happen in their home if they became mentally ill.

BIBLIOGRAFIA

1. ADIS CASTRO, G. y WAYSANEN, F.: "Lugar de residencia y actitud hacia el enfermo mental". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, Vol. XI, Nº 4: 356-363, Dic. 1965.— 2. ACKERMAN, N. W.: "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares". Paidós, Buenos Aires, 1961.— 3. BEUTNER, K. y HALE, N. G. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1964.— 4. SEGUIN, C. A.: "La actitud de la familia frente al niño enfermo" en Psiquiatría y Sociedad. Estudios de la realidad peruana, 191-197, U. N. M. S. M. Lima 1962.— 5. SEGUIN, C. A.: "Conceptos populares y salud mental". Rev. Cuerpo Médico Hop. Obrero de Lima, Vol. 1, Nº 5: 94-104, oct. 1962.— 6. SEGUIN, C. A. Presente y Perpectitivas de la Psiquiatría en el Perú, en "Psiquiatría y Sociedad". Estudios de la realidad peruana 227-286, U. N. M. S. M. Lima, 1962.— 7. VALDIVIA PONCE, O. y ZAPATA AGURTO, S. Concepciones sobre medicina popular en pacientes neuróticos, en Psiq. y Soc.: Estudios de ,la realidad peruana, 57-115, U. N. M. S. M. Lima, 1962.— 8. ZAPATA AGURTO, S. y VALDIVIA PONCE, O. Conceptos populares sobre la punción lumbar, en Psiq. y Soc.: Estudios de la realidad peruana 57: 115. U. N. M. S. M. Lima, 1962.

AGRADECIMIENTO

Sincero agradecimiento al Dr. Oscar Valdivia Ponce por haber asesorado este trabajo.

LINEAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS EN TUBERCULOSOS CRONICOS CON DISTURBIOS EMOCIONALES

CARLOS V. GUTIÉRREZ FERREIRA *

INTRODUCCION

La presente publicación tiene por objeto exponer en forma breve los lineamientos de psicoterapia que hemos seguido en pacientes tuberculosos crónicos con disturbios emocionales internados en el Hospital de Tórax de Lima.

MATERIAL

Nuestro material de trabajo ha estado constituído por los pacientes tuberculosos crónicos con problemas emocionales que han sido envíados a la Consulta Psiquiátrica a lo largo de 5 años. En nuestro afán de señalar la distribución epidemiológica presentamos el Cuadro siguiente correspondiente a los años 1964-1965.

INCIDENCIA GENERAL DE DESORDENES PSIQUIATRICOS
Años 1965 - 1965 (1)

	Casos	%
Desórdenes Psicóticos	29	7.16
Personalidades anormales	20	4.94
Epilepsia	31	7.65
Crísis de pérdida del Conocimiento	16	3.93
Debilidad mental	1	0.25
Síndromes Cerebrales Crónicos	224	55.30

---

* Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina de la U N. M. S. M. Psiquiatra del Hospital de Tórax de Lima.

El cual nos muestra que el 55.30% del total de casos casos observados en dicho lapso corresponden a los desórdenes reactivos, que agregados al 20.00% de casos con disturbios psicofisiológicos, nos dan un total del 75.30% de casos en los cuales las medidas psicoterápicas no son sólo procedentes sino operantes.

Creemos conveniente decir dos palabras acerca de los dos principales factores etiológicos en juego en los disturbios emocionales de los tuberculosos crónicos estudiados.

I.—La sobrecarga emocional situacional que implica un verdadero stress vivencial per se, que rebasando los umbrales de resistencia psicológica, determina muchas veces la aparición de los síntomas. Tal sobrecarga emocional situacional está vinculada a las tensiones que por la enfermedad crónica y prolongadas hospitalizaciones soportan estos pacientes y todos los fenómenos emocionales que a ellos se vinculan: posibilidades de muerte, invalidez o de intervenciones quirúrgicas, segregación social, fracasos de la terapia, etc.

II.—La conflictiva neurótica previa que torna al paciente más hábil frente a las circunstancias stresantes que vive y requiere medidas psicoterápicas de mayor profundidad.

METODO

El método que hemos seguido ha tenido las siguientes fases fundamentales:

a) Establecer un primer vínculo emocional positivo, mostrándoles en todo momento una benévola comprensión y una actitud humana.

b) Lograr paulatinamente un intento de insight, estimulando a vincular sus síntomas con sus áreas conflictivas.

c) Utilizar la prescripción de psicofármacos cuando la situación así lo requería.

Plenamente concientes que resulta un tanto esquemático y tiende a reducir una realidad amplia y compleja de la vida anímica de nuestros pacientes, hemos tratado de establecer las siguientes áreas conflictivas.

I.—La pérdida de la salud como objeto afectivamente valioso (8) y las ideas que se forjan acerca de su enfermedad tuberculosa en relación a su nivel socio-cultural, fuente importante generadora de depresión y eventualmente de angustia y temor.

II.—Su situación socio-familiar en relación con la enfermedad y las condiciones de confinamiento para tratamientos (médicos o quirúrgicos) muy prolongados, fuente generadora de ansiedad, temores y eventualmente depresiones.

III.—El problema sexual, de sí verdaderamente conflictivo, crea angustia y sentimientos de culpa o desórdenes psicosexuales, como masturbación, homosexualidad, promiscuidad, etc.

IV.—Problemas de relación interpersonal durante la hospitalización consecutivos a tensiones del ambiente y que resultan de difícil descarga, por su situación de hospitalizados y por el mal manejo que de estos pacientes hace el personal asistencial: como se trata de agresiones reprimidas se produce angustia.

RESULTADOS

Vamos a exponer en este acápite conjuntamente con los mecanismos psicogénicos de las áreas conflictivas arriba anotadas, las estrategias psicoterápicas y los resultados obtenidos a través de ellas.

I.— La pérdida de la salud con el significado de un objeto afectivamente valioso, fuente importante generadora sobre todo de depresión y eventualmente de angustia y temor nos ha permitido observar en nuestros tuberculosos infinidad de trastornos depresivos de intensidades variables (2), (3) y (8), los que a veces los pacientes aceptaban como dependientes de su misma dolencia pulmonar y a veces o no lo aceptaban o lo hacían solamente a medias, tendiendo más bien a desvalorizar la importancia de este factor. Con todo, no cabe duda que en la mente de estos pacientes "sus pulmones" ocupan preferentemente el foco de su atención, situación que se refleja inclusive en sus contenidos oníricos tanto aparentes como reales en forma simbólica: frecuentes ensueños con sangre, con animales degollados, con intervenciones quirúrgicas, etc. Además, el bajo nivel socio-cultural de estos

pacientes los hace "más temerosos y con más prejuicios frente a su enfermedad" lo que agrava su situación afectivo-emocional. Por último, la estructura de la personalidad como factor previo tiene importancia por su gravitación en tales episodios depresivos.

En los casos de predominio de estos factores, nuestra estrategia psicoterápica se ha dirigido a:

—Conseguir la toma de conciencia de su situación por el paciente, es decir que procuren relacionar su estado depresivo con su enfermedad y situación.

—Intentar elevar su autoestima, venida a menos por su enfermedad y limitaciones físicas, en el sentido de revalorizar su condición humana, por encima de una enfermedad "más o menos confinada a sus pulmones".

Con estas medidas aplicadas gradualmente en sesiones sucesivas y con la ayuda de los psicofármacos, hemos logrado la remisión parcial o total de muchos disturbios depresivos relativos a la enfermedad y situación de estos pacientes. En este sentido nos ha resultado de positiva ayuda las "informaciones" de orden clínico que les hemos dado acerca de lo orgánico de su enfermedad, despejando de este modo una serie interminable de ideas, nociones o conceptos populares y habitualmente equivocados acerca de su enfermedad que gravitaban desfavorablemente en su estado depresivo. Utilizando además cargas sugestivas a través del valor científico del médico, y esclareciendo estas nociones o ideas equivocadas, lográbamos que muchos pacientes, ya aliviados manifestaran que al fin un médico les había hablado de "su enfermedad".

II.—La situación socio-familiar ha tenido en nuestros pacientes gran importancia como generadora de síntomas de la esfera afectivo-emocional. Así hemos objetivado temores en relación a la pérdida de afectos (de la esposa, padres, hijos) por su prolongada ausencia del hogar (a veces de uno o dos años según los casos) y por las ideas que se forjan acerca de los temores de los suyos por su enfermedad, fundamentalmente temor de ser contagiados y por parte del enfermo a contagiar a los suyos. Estos temores a veces eran imaginativos, pero en otras ocasiones tenían asideros reales a partir de algunas actitudes negativas percibidas por ellos con ocasión de las visitas de sus familiares o amigos.

En otras ocasiones, creen percibir en todo ésto la desintegración de su núcleo familiar y a veces temen sintiéndose impotentes por su enfermedad y limitaciones inherentes a ella, la infidelidad del cónyuge. Todo esto desemboca en temores y angustias que a diario vivencian, situación que también se refleja en sus contenidos oníricos: que les ocurre algo grave a sus familiares; que la esposa (o el marido) se alejan; que se encuentran entre extraños que los miran; que alguien les da la espalda, etc. Todo ello es punto de partida o coincide con síntomas cuya terapia hay que efectuar. Las estrategias seguidas por nosotros han estado dirigidas a los siguientes objetivos:

—Procurar la verbalización por parte de los pacientes de sus propios problemas, escuchándolos atentamente y proporcionándoles un apoyo emocional adecuado.

—En algunos casos, para mayor eficacia psicoterápica hemos intentado orientar a los pacientes en el manejo de su situación social y familiar, buscando también de entrevistar a los familiares con quienes ellos tienen mayores dificultades de relación después de haber enfermado de tuberculosis, con lo que hemos logrado restablecer o reestructurar estas relaciones a un nivel más o menos adecuado controlándose así situaciones de angustia y temor.

—En otros casos hemos procurado revitalizar o reforzar la energía de reacción de nuestros enfermos, haciéndoles notar gradual u sucesivamente "la necesidad de que ellos se restablezcan rápido" con el fin de que vuelvan a su grupo familiar en el cual ellos son muy necesarios, con lo que también elevamos su autoestima y valor humanos muy venidos a menos.

—Por último, en algunos casos hemos intentado disminuir las culpabilidades inherentes a su enfermedad, situación de la que muchas veces resultaban responsables sus propios familiares o amigos íntimos, por actitudes de reproche o recriminación adoptadas frente al enfermo al decirle: por tu mala vida, por tus excesos, por beber licor o por trasnochar te has enfermado. En estos casos nos ha dado buen resultado el decirles que otras personas han cometido los mismos o peores excesos sin embargo no se han enfermado de tuberculosis, lo que haciéndoles notar que su enfermedad depende también de otros factores imponderables, les hace disminuir sus sentimientos de culpabilidad y por ende su nivel de angustia.

Si bien los medios expuestos no han sido los únicos utilizados frente a estos problemas, dada la existencia de muchas variables individuales, si han sido los más frecuentemente empleados.

III.—El problema sexual es uno de los más apremiantes y angustiógenos en nuestros tuberculosos, desde que implica en casi todos ellos una conflictiva neurótica de niveles más o menos profundos y en relación tanto con su nivel socio-cultural como con las circunstancias de su enfermedad pulmonar. Exponemos a continuación los conflictos y temores de nuestros pacientes en relación con el sexo y las medidas psicoterápicos que hemos aplicado en ellos.

Hemos observado temores y sentimientos de culpa en relación a lo erótico-sexual muchas veces previos a su enfermedad y en íntima vinculación con la masturbación a la que casi invariablemente consideran como "muy dañina" pues "desgasta mucho", es decir se trata de ideas y creencias en torno a las actividades sexuales muy comunes en nuestro medio y siempre acompañadas de un importante componente afectivo dado por temores, angustias y sentimientos de culpabilidad más o menos profundos, al punto de que hasta los ensueños de contenidos eróticos, más o menos evidentes (no simbolizados), han sido motivo de temor y culpabilidad, así nos han manifestado que cuando estaban a punto de culminar un acto sexual (relaciones sexuales generalmente) durante el ensueño despertaban bruscamente con angustia y sudando copiosamente, sin lograr culminar dicho acto, lo que nos demuestra la acción de una censura represiva subconciente. Como vemos, este bagaje de ideas, conceptos y creencias de nuestros pacientes en relación al sexo, principia a relacionarse con niveles más o menos profundos y a despecho de ellos mismos en el sentido de daño o desgaste, angustiándose en forma notoria cada vez que experimentan sexual durante su hospitalización o tienen ensueños eróticos, ya que piensan que ello "no debe ocurrir de ninguna manera en ellos".

En esos casos nuestra estrategia psicoterapéutica se ha dirigido principalmente a:

—Conseguir mediante una transferencia afectiva y confianza adecuadas que nuestros pacientes nos refieran todo su pasado sexual y las ideas y creencias (o conceptos) que tienen en relación al sexo y también sobre la vinculación del sexo con su enfermedad tuberculosa. Creemos que esta verbalización resultó útil, pues el paciente se siente en primer lugar escuchado y comprendido. A continuación en forma

lenta y progresiva hemos ido despejando sus dudas y temores en relación con sus actividades sexuales en general y en relación con su enfermedad tuberculosa en particular. De esta manera, gradualmente, mediante apoyo emocional, calor afectivo y alta dosis de comprensión, hemos logrado en parte "el destronamiento" del sexo como motivo de angustia y de sentimientos de culpabilidad de nuestros enfermos. Su mejoría se traducía en una disminución de los niveles de angustia y de culpabilidad, tornándose su Super Yo menos tiránico, situación que inclusive se reflejaba en sus ensueños eróticos los que al volver lo hacían sin su concomitante angustioso.

Sin embargo, debemos agregar que en ningún caso hemos intentado desinhibir o eliminar toda represión o supresión del sexo en nuestros pacientes, intentando más bien fijarles marcos referenciales más o menos ideales de lo erótico-sexual y de acuerdo con su situación vivencial, pues es de imaginarse lo que ocurriría en un hospital de cerca de mil camas, la mayoría de crónicos, si no estableciésemos frenos sociales al sexo, los que mantenemos con el fin de que se conserve un orden compatible con la estructura del establecimiento: hospital mixto de adultos cuyas edades van de 20 a 40 años de edad, en quienes por razones de reclusión y segregación social y necesidades de compensación psicológica, existen altas cargas de excitación sexual cuyo desborde podría resultar eventualmente peligroso para la estabilidad social en los pabellones de hospitalización. Se ha buscado pues una liberación de ls temores, angustias y sentimientos de culpa acerca del sexo dentro de un marco delimitante o con fronteras por su peculiar condición de tuberculosos crónicos, ya que de lo contrario los permisos para cumplir actividades sexuales se habrían multiplicado hasta alcanzar niveles peligrosos, inclusive para su salud física, ya que el reposo es esencial en su curación y el salir a la calle no siempre les es beneficioso.

De otro lado hemos procurado derivar o encausar la pulsión sexual de nuestros pacientes hacia campos productivos y útiles, fundamentalmente laborterapia y actividades artísticas.

Hemos tenido también como era de esperarse, otros casos en los que los problemas o conflictos sexuales eran más profundos y se encontraban enraizados en traumas sexuales remotos (reales o imaginarios, pero vividos y sentidos como tales por los pacientes) en quienes se hacían necesarias técnicas de psicoterapia profunda liberadora. Al aplicarlas, procuramos no solamente la liberación de estas cargas o

afecos vinculados a lo erótico-sexual, sino además restablecer la estimativa del paciente como "ser humano" y el restablecimiento de la tabla de valores, pues siempre las culpas de orden sexual de los pacientes, los hace sentirse despreciables y sin valor humano y tales son los sentimientos que experimentan al enfrentar la realidad personal en la vida.

No podemos terminar este aspecto sin destacar que en las técnicas psicoterapéuticas de los problemas o conflictos erótico-sexuales de nuestros enfermos, mucho nos ha ayudado en su conocimiento preciso, el estudio de sus contenidos oníricos (aparentes o reales) aunque siempre relacionándolos con el conocimiento que del paciente íbamos consiguiendo a través de las entrevistas psicoterapéuticas sucesivas. Asimismo la variación del contenido onírico resultó un termómetro valioso para apreciar las mejorías que en este sentido íbamos logrando mediante nuestras estrategias.

Es importante que destaquemos que en la angustia y temores de nuestros tuberculosos crónicos con disturbios emocionales a quienes aplicamos estas técnicas reconocían como factor importante de las mismas, la problemática erótico-sexual, todo lo que se reflejaba en sus contenidos oníricos; así nos referían ensueños con evidentes simbolismos eróticos o tácitamente eróticos, expresivos de fuertes tensiones y deseos eróticos reprimidos y de temores en relación a los mismos, debiendo señalarse como hallazgo clínico, que los simbolismos erótico-sexuales a nivel onírico eran más frecuentes en los casos de mujeres, mientras que en los hombres resultaban más frecuentes los contenidos oníricos de tipo erótico directo o evidente: ensueños con relaciones sexuales o mujeres desnudas, acompañados la mayoría de las veces de poluciones nocturnas.

Algo que ya hicimos notar es que nuestros enfermos nos referían que estos ensueños discurrían con temor y angustia, los que eran notables al inicio de la psicoterapia y en nuestro concepto directamente expresivos de los mecanismos represores subconcientes, al punto de que muchas veces no pudiendo soportar esta situación onírica, despertaban bruscamente como "asustados" para utilizar sus propias palabras, quedando después con la idea de que estos ensueños eróticos les son particularmente dañinos para su enfermedad y convalescencia.

Por último, el análisis de estos ensueños eróticos nos han resultado de utilidad para lograr en las sesiones de psicoterapia que nuestros enfermos relacionen estos contenidos oníricos de tipo erótico

con su vida sexual actual y remota, para demostrarles la uniformidad de la misma, lo que en el fondo no tiene por qué cambiar por el hecho de su enfermedad tuberculosa, objetivando al máximo su significado y alejando sus temores y tensiones en este sentido.

IV.— Los problemas de relación interpersonal han constituido otra de las áreas conflictivas importantes en nuestros tuberculosos crónicos, y se han traducido como dificultades de ajuste y adaptación durante su hospitalización, tornándose querellantes y protestando de todo: del trato, de la comida, de la calidad de las medicinas, de la falta de comodidades o de entretenimientos, etc. Por tal motivo se les ha enviado con frecuencia a la consulta psiquiátrica y la experiencia nos ha enseñado que estas dificultades de relación interpersonal y de adaptación al ambiente se deben a los siguientes factores principales:

—La prolongada hospitalización (a veces de más de un año).

—Dificultades en la relación interpersonal en su Pabellón, sea con otros pacientes o con el personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.). debido a actitudes agresivas e inadecuadas socialmente por parte de unos y otros, etc.

—Lo más importante, problemas y conflictos emocionales íntimos, a veces desconocidos por el propio paciente, en el sentido de resentimientos y rebeldías a figuras parentales, lo que se desplaza por mecanismos subconscientes al personal asistencial que inviste autoridad para ellos, o a fallas y frustraciones afectivas tempranas en los pacientes, quienes al no haber recibido afectos auténticos, no se encuentran capacitados para darlos, generándose por estas frustraciones afectivas tempranas en los pacientes, agresividades dirigidas al ambiente, agravadas por la situación que viven.

Las estrategias psicoterápicas frente a estos problemas se han dirigido al fomento de las actividades grupales y de laborterapia, con fines de facilitar la sociabilidad, para lo cual el Hospital dispone de un grupo educativo que programa diversas actividades educativas, manuales y recreativas para los pacientes en general, actividades que cumplen la doble finalidad de distraerlos y de hacerlos sentirse útiles aún, revalorizando su Yo y su autoestima, alejando los sentimientos de invalidez y de segregación. Al mismo tiempo se realizan labores educativas que buscan de cambiar la actitud del personal asistencial hacia los pacientes.

Aquellas dificultades de adaptación y de relación interpersonal expresivas de conflictos íntimos de los pacientes, han motivado frecuentes consultas psiquiátricas con el fin de "tranquilizarlos". Nuestra estrategia se ha dirigido entonces a los siguientes objetivos:

—Lograr que los pacientes vayan tomando conciencia de las motivaciones inconscientes de su conducta, actitud y reacciones que muestran durante su hospitalización.

—Establecidas las motivaciones subconcientes que determinan desplazamientos de cargas agresivas en el diario contacto humano, hemos procurado actuar psicoterápicamente aumentando de un lado ligeramente sus culpabilidades por estas actitudes y de otro, tendiendo a una aceptación por parte de los pacientes de los conflictos subconcientes que están manteniendo este desajuste con la realidad. De otro lado hemos intentado la revalorización de su Yo mediante gratificaciones y actitudes comprensivas por parte del psicoterapeuta, ayudándonos casi siempre con las drogas tranquilizantes, que en estos aspectos resultan sumamente valiosas frenando la impulsividad y agresividad y a la postre las actitudes anti-sociales de los pacientes.

Exponer en detalle las técnicas psicoterápicas, en este sentido, resultaría sumamente extenso desde que existen infinitas formas de expresión consciente de móviles subconcientes en los problemas de relación interpersonal y ambiental de nuestros tuberculosos, pero podemos afirmar que en este caso, como en el de los conflictos eróticos-sexuales, los contenidos oníricos nos han ayudado mucho en la búsqueda de las motivaciones subconcientes de estas actitudes para, por medio de este conocimiento actuar psicoterapéuticamente en forma eficaz. Así la experiencia nos ha demostrado la gran frecuencia de contenidos oníricos aparentes de tipo agresivo en tuberculosos crónicos con problemas de relación interpersonal durante su hospitalización, resultando de gran utilidad en la orientación de la conducta psicoterápica individual.

COMENTARIO

Lo que se desprende de todo lo que hemos dicho, se relaciona con el neto predominio de los disturbios emocionales en nuestros tuberculosos crónicos hospitalizados, susceptibles de acción psicoterápica a diferentes niveles de profundidad. Asimismo el diario conocimiento de los casos enviados a la Consulta, nos ha puesto sobre

la pista de la existencia en estos pacientes de cuatro áreas conflictivas principales sobre las cuales hemos ejercido en forma preferente nuestra acción psicoterápica, aunque reconociendo plenamente que dada la complejidad expresiva de lo psíquico estas áreas conflictivas no reflejan por sí solas toda la múltiple conflictiva íntima de estos seres sometidos a una sobrecarga emocional situacional, verdadero stress vivencial. Si hemos actuado en la forma expuesta ha sido con la finalidad de facilitar la atención de los cada vez más numerosos casos que acuden a la Consulta Psiquiátrica y a quienes es menester ayudar.

En abono a lo expuesto podemos agregar que tratándose de pacientes en condiciones vitales de stress más o menos uniformes, viviendo en el mismo ambiente hospitalario y con similares niveles culturales, sociales y de edad, se puede facilitar enormemente y extenderse la acción psicoterápica, estableciéndose esquemas de acción en la forma que lo hemos expuesto, ya que de lo contrario la gran cantidad de casos por atender impediría toda acción psicoterapéutica eficaz.

CONCLUSIONES

De todo lo antedicho se puede concluir:

1.— La experiencia psiquiátrica de 5 años en tuberculosos crónicos hospitalizados, nos ha demostrado concluyentemente el neto predominio de los disturbios emocionales sobre los de otro tipo.

2.— Hemos detectado en ellos tanto los síntomas básicos; angustia, depresión y sentimientos de culpa, así como los diversos mecanismos de defensa subconcientes de los que suelen hacer uso los pacientes.

3.— Se han precisado a partir de la experiencia clínica cuatro áreas conflictivas fundamentales sobre las que se ha ejercido acción psicoterápica en sentido liberador o catártico, previa paulatina toma de conciencia por parte de los pacientes de su situación, complementadas con medidas esclarecedoras de conflictos subconcientes ignorados por el paciente y de elevación de la autoestima con reafirmación y revalorización del Yo.

4.—Tales estrategias psicoterapéuticas individuales se han complementado con las medidas de laboratorio de grupo, que cubren la doble finalidad de distraer al paciente y eliminar los sentimientos de invalidez haciéndolo sentirse útil.

RESUMEN

El autor se ocupa, a base de su experiencia en el manejo psiquiátrico de pacientes tuberculosos crónicos, de los lineamientos psicoterapéuticas seguidos con aquellos que presentaban disturbios de la esfera afectivo-emocional.

Con el fin de facilitar su accion psicoterápica y en base a su diaria experiencia clínica, establece en ellos cuatro áreas conflictivas básicas: la pérdida de la salud, su situación socio-familiar, el problema sexual en relación con su pasado y enfermedad y los problemas de relación interpersonal y de adaptación durante su hospitalización.

Señala a grandes rasgos las estrategias psicoterápicas seguidas frente a estas áreas conflictivas: toma de conciencia de situación por parte de los pacientes, liberación catártica de tensiones, dudas y temores, medidas de apoyo emocional y de reafirmación del Yo complementadas con laborterapia de grupo y el uso de los psicofármacos.

Concluye destacando la importancia de las medidas psicoterapéuticas facilitadas por el conocimiento de estas áreas conflictivas, en pacientes en similares condiciones de enfermedad y de vida, así como de nivel social y cultural.

SUMMARY

In order to improve the effects of the psychotherapy, it is required, according our experience, to distinguish four basic conflictives areas: loss of health; socio-familiar situation; sexual behavior during the time of sickness and interpersonal relationships and adaptation problems in the period of hospitalization.

The main psychotherapeutic measures preferred for these patients were: knowledge of the case by the patient; catartic liberation of tension, fear and doubts; adecuate advice to give emotional support and reassurance; additional work in groups and psychofarmacological drugs were used.

It is finally remarked the possibiilty of applying the above psychotherapeutics measures in patients with similar condiction of disease and life, as well as with the same social and cultural levels.

BIBLIOGRAFIA

1. GUTIERREZ FERREIRA, Carlos V. "Aspectos Psiquiátricos en Tuberculosos" Edit. Tesis, Lima 1966, 149 págs. Consultadas: págs. 33, 99, 101-108 y 29 a 72. — 2. GUTIERREZ FERREIRA, Carlos V. "Aspectos Psicológicos del Paciente Crónico" (con especial referencia a los Tuberculosos crónicos). Bol. C. Médico Hops. Tórax, Vol. 1. Nos. 7-11, Agosto-Dic. 1963. — 3. GUTIERREZ FERREIRA, Carlos V. "Aspectos Asistenciales Psiquiátricos y de Higiene Mental en el Hospital de Tórax Bravo Chico". An. IIIer. Congreso Latino-Americano de Psiquiatría, Lima 1964, págs. 505-509. — 4. SEGUIN, Carlos A. "Las Bases de la Psicoterapia". Ed. Paidos, Buenos Aires. — 5. SEGUIN, Carlos A. "Amor y Psicoterapia". Ed. Paidos B. A. 1ra. Edición, 1963. — 6. SEGUIN, Carlos A., MAVILA C. "Factores Sociales y Enfermedades Nerviosas". Rev. Neuro-Psiq. T. VIII Nº 4 págs. 576-577, 1945. — 7. SEGUIN, Carlos A. 'Los mecanismos patogénicos Psicosomáticos" Rev. Neuro-Psiq. T. IX Nº 1 págs. 15-27, 1947. — 8. SEGUIN, Carlos A. "Concepto de la Depresión desde el punto de vista Psicodinámico". Rev. Psiq. Per. Vol. 4, Nos. 1-4 págs. 37-41, 1961.

GRUPO DE TRABAJO Y LIDERAZGO - TIPOS DE LIDER

Elia Izaguirre L. *

INTRODUCCION

En la observación de un grupo de trabajo en su segundo año de experiencia, realizando el estudio del Líder llamado "emergente" encontramos circunstancias muy variadas que hacían a un miembro del grupo, en determinado momento, ser líder o no de éste. Esta capacidad de ser líder podía ser episódica, permanente o variable.

Asimismo se plantea la disyuntiva de cuándo un líder lo era por capacidad propia, instancias neuróticas o por instancias grupales que hacían de él en un determinado momento, el síntoma-líder".

Estas dudas hallaban su solución ante una premisa fundamental, de si el grupo estaba integrado o no y si el líder era integrador o creaba conflicto en el grupo.

Todo ello nos plantea las múltiples facetas que adquiere un líder y por ende su definición semántica resulta muy escueta como "conductor" o "como la de aquel que mejor interpreta la estructura emocional del grupo en un momento dado", como es la definición psicológica.

Sería largo enumerar las múltiples clasificaciones encontradas en la literatura que abarca desde la caracterología, en especial, hasta el líder que hace el papel de "rebote".

Una de las clasificaciones más corta y por tanto aparente para la comprensión del tema es la hecha por Whyte (1) quien sólo distingue dos tipos de líderes:

---

* Jefe Instructor del Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina de la U.N.M.S.M.

1.— *Líder sancionado o formal*, papel asignado, aceptado o reconocido por todos. Ejemplo: el jefe de una institución.

2.— *Líder emergente o líder operacional*: emerge en el desarrollo de las actividades del grupo y opera como líder, aunque su función no es oficialmente reconocida por los demás.

El único líder que puede considerarse como sancionado en el grupo es, pues, el terapeuta, que toma la responsabilidad de reunir al grupo, se le reconoce capacidad médica o psicológica, percibe una remuneración por su trabajo, etc. (2). Nuestro estudio se refiere pues al Líder emergente u operacional, dejando aparte la figura del Líder formal o directivo oficial del Grupo.

Sabemos que el grupo tiende a buscar la figura de un caudillo para expresar su conflictiva. El status del líder no se apoyo solamente en consideraciones prácticas y formales, puede ser esencialmente el producto de la inmadurez del grupo. En este estado aún no existen conexiones interpersonales entre los integrantes y la estructura del grupo no se ha diferenciado lo suficiente para que surja un líder maduro e integrador.

Como ejemplo: el grupo improvisa la figura de un caudillo para dirimir un pleito agresivo (2). Si es interno, conduce a la formación de sub-grupos. El enemigo también puede ser ubicado afuera y el grupo entrar en un pleito real o imaginario con un individuo o una institución. El grupo no se siente responsable ni culpable de sus actos.

El enemigo intra-grupal más común suele ser el Líder-terapeuta, y cuando más idealizada haya sido en la posición de Dependencia, mayor será la hostilidad y el resentimiento al desmoronarse esta idealización.

En el proceso ulterior del grupo se crea el sentimiento del "nosotros"y surge la *identificación* como parte del crecimiento y producción total del grupo (3).

Al respecto cabe señalar la importancia que la Identificación anterior con una figura positiva juega en la capacidad de liderazgo de cada miembro.

Es interesante apuntar, un estudio de la familia peruana (4) que señala tres tipos principales de funcionamiento para el líder: El tipo Despótico, el tipo Patriarcal y el tipo Compañero.

I.— En el grupo con líder Despótico, hay insatisfacción en los roles, lucha interna y división de la familia en dos frentes (madre e hijos por un lado y padre solo en el otro).

II.— En el grupo Patriarcal hay mayor seguridad, la familia empieza a ser un objetivo en sí misma, el odio es mejor controlado y más manifiesto.

III.— En el grupo Compañero, conciente e inconcientemente hay buena complementaridad en los roles y su acción recíproca satisface a los miembros. En ese grupo la Familia ya es un objetivo en sí misma, existe gran seguridad.

Esto nos da una idea de la importancia de la integración e identificación para una mejor noción del Líder.

Los que asumen la actitud de líder indudablemente tienen aspectos o canales positivos de identificación dada por la familia, biografía o personalidad, y el grado de sólida integración que den al grupo, darán lógicamente el grado de madurez grupal.

Los líderes movidos neuróticamente por conflictos, serán desintegradores, opositores y surgirán problemas con la autoridad formal (el terapeuta).

El grado en que esto sea caracterológico o neuróticamente inestable, se muestra en lo eventual o regular de su participación.

MATERIAL Y METODO

Se tomó un grupo formado por diez estudiantes de Medicina, un líder formal y un observador.

Este grupo se hallaba en su segundo año de experiencia grupal.

Tomando cada sesión y los temas principales, se analizó quienes proponían estos temas, quiénes cohesionaban el grupo y quiénes se oponían desintegrando no sólo el tema sino el grupo mismo.

Se halló cierta constancia en el papel de estos líderes, en que algunos siendo integradores hallaban los mejores cauces para la comprensión e interpretación del tema o problema.

Existía otro sector siempre dispuesto a oponerse, atacar o contraatacar en el peor de los casos, a veces actuaban solos o secundados.

En ambos casos estos líderes lo eran de facto o tenían los requisitos que eventualmente los colocaban en condición de líderes.

Anexa a la clasificación de líderes hemos hallado dos grupos de elementos más o menos definido que se mantienen al margen de esta clasificación.

RESULTADOS

De este modo, se pueden clasificar los miembros del grupo según el número de intervenciones, momentos en que intervienen, forma y circunstancias especiales que conducen al momento preciso en que se manifestan. El Liderazgo en el Grupo de Trabajo fue el siguiente:

I.—*Líderes Principales*

A.—*Identificación con la autoridad:*

1.—Líderes integrados

2.—Líderes eventuales

B.—*Líderes opositores:*

1.—Integrados

2.—Eventuales

II.—Seguidores Espontáneos

III.—Indiferentes.

I. — LIDERES PRINCIPALES

A.—*Identificados con la Autoridad.*

Son los que proponen temas y mueven al grupo dinámicamente, son los que se identifican o son identificados por el grupo como líderes, acaparan las reacciones del Grupo. Dentro de ellos tenemos:

1. *Líderes Integrados.*—Proponen temas, son firmes y a la vez flexibles en sus opiniones, mueven al grupo, mantienen su posición de tal modo que incluso en el silencio son señalados como líderes. Lo son no por resentimiento o conflictos no solucionados, sino como una expresión de su personalidad.

2.— *Líderes Eventuales*: Proponen temas, tienen iniciativa pero no pueden mantenerla; sus ideas son tomadas por el grupo con mayor energía quedando rezagados ellos por falta de perseveración y flexibilidad de su actitud.

Intentan ser líderes, son inseguros, se automarginan o son marginados por el grupo en determinados momentos.

Se aprecia en ellos conflictiva detrás de sus intervenciones como líderes.

B.—*Líderes Opositores.*

Son fundamentales aquellos que están en pugna con la autoridad. A su vez pueden ser:

1. *Líderes Integrados*: No suelen proponer temas sino que, una vez puesto alguno en el tapete, intervienen para rebatirlo sea cual fuere, encontrando siempre puntos débiles. Hay conflictos de rivalidad.

En determinados momentos pueden ser líderes que propongan temas, pero éstos son de contenido agresivo de ataque al líder; originalmente nunca atacan al grupo más bien esperan ser seguidos por él.

2. *Líderes Eventuales*: Son los que protestan sólo cuando existe una situación conflictiva en relación a sí mismo, en dicho momento se hacen líderes.

II. — SEGUIDORES ESPONTANEOS

Su participación puede ser tan o más activa que el mismo líder; nunca toman la iniciativa, esperan que surja el tema necesario para acoplarse a éste. Probablemente hay rasgos de dependencia.

Dentro de ellos pueden intervenir los catalogados como líderes de otros momentos dinámicos pero en el caso de ser seguidores, lo hacen a diferencia de estos apoyando serenamente.

Hay seguidores activos y pasivos. Los primeros se manifiestan còn gran contenido y fuerza emocional. Los pasivos se pliegan sin mayor emoción aparente; siguien la idea simplemente por estar de acuerdo con ella o en forma espontánea.

III. — INDIFERENTES

Entre estos están los que participan en forma lacónica, cuando el grupo en pleno o los líderes del grupo se lo piden. Se mantienen al margen no son capaces de definirse en ningún sentido.

Son observadores atentos, angustiándose ante la posibilidad de intervenir. Generalmente se mantienen callados. Son puntales y su intervención suele ser actitudinal. Así, ríen, asienten, sin dejar de lado cierta rigidez en su actitud. Introvertidos, piensan tal vez que con el pensamiento intervienen en el grupo. Así: en una ocasión, uno de ellos se expresa textualmente "Una persona puede estar callada pero trabajando dinámicamente "(Sesión XVI).

RESUMEN

Se hace el estudio de un Grupo de Trabajo bajo las premisas de la clasificación de Whyte (Líder formal y Líder emergente), teniendo por objeto este trabajo estudiar las diferentes facetas de este último.

Se clasifican los miembros del grupo según el número de intervenciones, momentos en que ocurren y circunstancias especiales que conducen a la manifestación del líder.

SUMMARY

A Working Group of medical students is analyzed under Whyte's conception and classification (Formal and emergent leader). This paper presents different aspects of the emergent leader.

The members of a working group are classified according to their verbal participation and the circumstances in which an emergent leader appears.

BIBLIOGRAFIA

1. WHYTE, W. F.: "Small groups and Large Organizations en Social Psychology at the Crossroads". Ed. J. H. Roher & M. Sherif, N. York, 1951.— 2. GRIMBERG L., LANGER M., RODRIGUE E.: "Psicoterapia del grupo". Paidos, Buenos Aires, 1957.— 3. BRADFORD, French y col.: "Dinámica del Grupo de Discusión". Editorial Paidos, Buenos Aires, 1948.— 4. CASTRO R. SILVA DE CASTRO M. A., MAJLUF A. y ESTRADA L.: "La Dinámica de la familia peruana". Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, Vol, 1 Nº 1, Set. 1964.

DOCUMENTOS

FORMULACION ESQUEMATICA DE UN PLAN PARA LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA Y LA PSICOLOGIA EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE*

Sergio Gaete Santander**

Nuestra exposición se desarrolla tomando en consideración por un lado los aspectos formales inherentes a cualquier plan y, por el otro, un contenido de ese plan. Pero es necesario hacer previamente una cierta fundamentación de la formulación planteada y también una fundamentación del contenido de esa enseñanza.

1.—Antecedentes para la elección de un contenido de la enseñanza de la Psiquiatría y la Psicología en Medicina.

1.1. La búsqueda de la ampliación de sus conocimientos por parte del hombre, ha seguido caminos diversos: (

Por una parte, el examen de la naturaleza que nos rodea, da lugar a hallazgos que se van ordenando según ciertas leyes que les son comunes. La formulación de estas leyes permite su aplicación en nuevos hallazgos que les quedan conceptualmente subordinados. La posibilidad de llegar a constituir con ello un todo organizado de leyes y principios naturales, es la nota propia de las ciencias de la naturaleza.

Por otra parte, a través de expresiones espontáneas del arte, del sentimiento ético, del anhelo religioso, de su conducto instintiva, el hombre ha ido configurando un saber que no se deja reducir de un modo pleno al enfoque de las ciencias naturales. Y sin embargo en el hombre, junto a los procesos fisiológicos, que permiten su conducta, y que se dejan explicar de modo natural, hay reales motivos que impulsan su conducta Motivos que no se dejan explicar, pero que se dejan comprender en su significación. A juicio nuestro, el mundo de la significación individual y cultural es un mundo que —al menos por ahora— no se deja englobar en la ciencia natural y configura el campo de las ciencias de la cultura o de las ciencias humanísticas.

---

* Participación del autor en un foro privado sobre el tema. Santiago de Chile, Setiembre de 1967.

** De la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

1.2 Tanto la ciencia natural como la ciencia humanística constituyen a la vez una cosmología y una antropología. Pero ambas disciplinas tienen puntos de partida opuestos, desde luego históricamente, pero quizás exigido ya por su propia estructura: La ciencia natural comienza en la observación de lo inanimado y de los seres vivos que rodean al hombre y trata de abarcar a la larga también al hombre; comienza en la observación de los segmentos corporales y de las funciones corporales y trata de llegar, al fin, al hombre total. La ciencia humanística comienza en cambio en la observación del hombre mismo, de su expresión total, de su contacto con los demás, de sus obras y trata de llegar a las cosas a través de este hombre en tanto que persona.

1.3. La ciencia médica ha sido tradicionalmente —con excepción de sus aspectos psiquiátrico y psicológico— una ciencia de la naturaleza humana. En este mismo sentido la psiquiatría y la psicología tienen también, desde luego, su aporte: la psicología y la psiquiatría, en sus enfoques explicativos de la conducta humana, se unen sin solución de continuidad a la cadena de los aportes de la morfología y de la fisiología humanas, de la anatomía patológica y la fisiopatología.

Pero la psiquiatría y la psicología tienen otro aporte que hacer y que les es quizás exclusivo: me refiero a los aportes de una psiquiatría y una psicología que se insertan en la ciencia humanística: los aportes del método fenomenológico-comprensivo y del método fenomenológico-existencial. Ellos constituyen una "antropología de iniciación" que debe llegar a engarzar con la "antropología de término" de las ciencias naturales y hacer juntas las ciencia del hombre.

2.—Antecedentes para la formulación de un método de enseñanza de la Psiquiatría y la Psicología.

2.1. Desde el punto de vista del alumno, podemos considerar la doble necesidad de que se le entregue una información científica y de que se le proporcione una formación médica personal.

La información científica, como toda información, debe cumplir ante todo exigencias que emanan de lo racional: ella ha de ser homogénea, consecuente, universal dentro de su tema, inteligible.

La formación personal, desde el punto de vista específico del alumno de medicina, no puede ya reducirse sin embargo a esas condiciones: Sin pasarlas por alto, se requiere que el alumno adquiera un criterio médico, que viva un compromiso con las situaciones concretas que va a encontrar, que sepa ver en su información un instrumento de su trato con el enfermo, cuyas dificultades quedarán entregadas en gran medida a su cordura, a su sensibilidad de hombre y al imperativo de un quehacer real.

Mientras la información puede ser analizada y parcelada, es decir, debe ser usada, la formación es en cambio vivida por entero, como un todo, en cada situación concreta a resolver.

2.2. Creemos que la Psiquiatría y la Psicología, además de constituir materia de información médica —tanto en sus aportes explicativos como en sus aportes más antropocéntricos— tiene un importante papel que jugar en la formación misma

del médico. Los hechos clínicos de la psiquiatría y los datos de una psicología médica, por su propia índole, obligan al alumno a una auto-observación ineludible que, bien dirigida, contribuye notablemente a su formación. Los problemas de estas disciplinas no permiten permanecer como espectador ajeno ante los hechos observados. Se es a menudo un observador comprometido, aunque sereno, de lo que se vé.

2.3. La maduración profesional equilibrada del estudiante de Medicina, exige que haya un crecimiento conjunto de los aspectos formativos e informativos.

El lapso de un año de la carrera debe constituir una unidad que englobe por una parte su información específica en un todo organizado de conceptos y por otra parte su formación correspondiente en el manejo práctico de las diversas situaciones concretas a las que los conocimientos se aplican: cada situación —de las que se programan para ese año— debe poder ser referida a un marco conceptual amplio y completo y debe poder ser vivida como un compromiso efectivo y necesario.

La unidad transversal del año debe poder enfrentarse con la unidad longitudinal de la carrera, en un afinamiento y una profundización creciente y paralelos de la formación y la información.

3.—Contenido de la Enseñanza.

3.1. De acuerdo con lo que hemos discutido, será necesario, por una parte, integrar —no de manera acumulativa sino racional— la enseñanza de la Psiquiatría y de la Psicología al resto de las disciplinas médicas.

Habría que evitar desde luego dos errores opuestos:

1º Que esta enseñanza se reduzca a una mera ilustración psicológica y psiquiátrica impartida a lo largo de la carrera médica.

2º Que esta enseñanza se convierta en una información excesiva (lo formativo no es en cambio nunca excesivo).

3.2. En esta enseñanza es necesario integrar los aportes del conductismo, la reflexología, y en general todo lo que abarcan la psicología y la psiquiatría explicativas, con los aportes de la fenomenología, el enfoque existencial, la psiquiatría y la psicología comprensivas.

Desde luego —hemos dicho— en sus aspectos explicativos la psicología y la psiquiatría se unen sin hiatus a la fisiología y al resto de las disciplinas médicas.

Según pensamos, el núcleo íntimo donde debe producirse la integración total está tal vez en aquel punto en que se tocan de un lado la fisiología y la psicología explicativa y del otro una psiquiatría y una psicología humanísticas.

4.—Métodos de la enseñanza.

4.1. Si en cada año ha de producirse una totalidad organizada en cuanto a formación e información, la enseñanza de las disciplinas de la psique debe estar presente —creemos— a lo largo de todos los años de la carrera.

4.2. Si la maduración profesional ha de crecer armónicamente en su afinamiento, en su especialización y en su profundización, el desarrollo de esta enseñanza debe caminar —de modo paralelo al resto de las disciplinas médicas—: 1) desde lo simple a lo complejo en totalidades crecientes; 2) del hombre sano al hombre enfermo; 3) de lo específicamente científico, hacia la aplicación de ello en realidades concretas; 4) desde lo que es estrictamente médico, hacia lo que es cultura general.

No quisiera terminar estas consideraciones sin expresar mi impresión de que el médico y el estudiante de medicina, están situados históricamente en una encrucijada difícil pero que, dentro de ella, se está llamado a superar el dualismo clásico entre cuerpo y alma para poder llegar a una noción unitaria que haga ver que en cada segmento corporal está entera la expresión significativa y que no hay experiencia subjetiva alguna donde no esté el organismo como un todo.

EPITOME

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Vol. 6, Nº 1 **Noviembre, 1967** **Santiago de Chile**

Se tomaron al azar ocho enfermos arterioescleróticos, cinco de los cuales han consultado en el Instituto de Neurocirugía por trastornos neurológicos y tres en psiquiatría por déficit de memoria. Se estudian desde un punto de vista clínico-fenomenológico sólo algunos rasgos sobre la manera como expresan y viven su situación. Tres de los que muestran signos de daño focal son además diabéticos.

1) En los déficits de memoria, podrá valer para el diagnóstico el que la queja incida aquí en la pérdida de una herramiento y no en su aspecto menoscabador del prestigio o en su carácter de indicio de una próxima locura como en los depresivos y neuróticos. El trastorno en nuestros pacientes, molesta sobre todo por el primer aspecto. Quizás si en arterioesclerόticos angustiados, el caso sea diverso; de los nuestros sólo una padecía crisis breves.
2) En casi todos hay salpicados brochazos de amaneramiento del lenguaje.
3) El tiempo ya no se experimenta rápido, sino normal o lento como en la infancia.
4) Desean la vida y le encuentran sentido.
5) Bajo un disimulo de indiferencia, les inquieta el tema de la muerte.
6) Detrás de una mímica de afable sosiego, hay un amargo sentimiento de ser considerados por la juventud como un aburrido desecho; esto los obliga a un "desligamiento" del mundo en desarrollo, sin embargo no lo hacen espontáneamente por comprenderse sólo con su propia generación, como lo creen algunos americanos (1), sino obligados por el concepto que tendrían los jóvenes, respecto a ellos, el cual les conmueve casi con desmesura.
7) El síndrome de Korsakov, podría considerarse dinámicamente como una negación del tiempo y una afirmación de la juventud, en acuerdo a la valorización casi pitagórica, que nuestra cultura le otorga a esa edad.
8) Todos gustan más de su época; les agradaría ser jóvenes según el modelo antiguo.

El ideal es el retorno del tiempo, la reconquista de la Belle Epoque.

1. Se ensayó por vía oral la combinación de Diazepam (0.0025 grs.) y Clormezanona (0,100 grs.) (Sedantol), en 60 pacientes portadores de psiconeurosis (de angustia, depresiva, obsesiva e histérica). Se siguió un esquema terapéutico uniforme.

2. Se hace notar que la mayor parte de estos pacientes no ingirieron otro tipo de tranquilizantes.

3. Resalta el éxito notable en práctimamente el 91% de los casos y que sólo fracasó en las neurosis obsesivas, hecho fácil de comprender, ya que se trata de enfermedades que necesitan largo tiempo de tratamiento y asociarlo a diversas medidas psiquiátricas. Se hizo control en todos los pacientes con Placebo, fracasando éste en casi el 100% de los casos.

4. La tolerancia fue buena y sin toxicidad y llama la atención que la dosis usada fue baja.

REVISTA DE NEURO PSIQUIATRIA

Vol. 14, No. 31 **Julio-Diciembre, 1968** **Caracas, Venezuela**

Revisando los expedientes de la Policía Técnica Judicial, encontramos 33 casos de suicidio; sin embargo, tuvimos conocimiento de los archivos de los hospitales, encontramos otros 13 casos, lo cual totalizaría 46 casos, cifra que estimamos inferior a la real. Consideramos que, un número de 65 suicidios sería la cifra más acertada. Los 46 casos vendrían a representar el 70%. De 44 casos, 27 pertenecían al sexo masculino (61,3%) y el 17 al sexo femenino (38,6%). Como vemos la relación en cuanto al sexo es inversa a los casos de intentos de suicidio. En relación al estado civil, hubo un predominio de los solteros (16, sobre los casados 10).

Referente al método empleado fueron en orden sucesivo, los suicidios por arma de fuego, ahorcamiento y precipitación desde lugares elevados.

De 33 casos, 11 (33,3%) presentaban trastornos mentales severos previos al suicidio. Los estado depresivos fueron los más frecuentes.

En relación al suicidio en Venezuela, son interesantes, una serie de datos que a continuación mencionamos (estadística tomada de la División del SAS).

El suicidio fue en el año 1964, la causa de muerte No. 22.

De 1936 al 1961, ha habido un aumento de 61,7% en la tasa de suicidio.

En el año 1965 (cifra no publicada) la tasa de suicidio en Venezuela fue de 6,4%, considerada reativamente baja en relación a la mayoría de los países.

Este trabajo es una contribución al estudio del incesto en Venezuela. Se hace una revisión de la literatura sobre el tema insistiendo sobre algunas anécdotas históricas y consideracione antropológicas. Los casos de incesto estudiados por el autor pertenecen a enfermedades psicóticas o a graves perturbaciones de la personalidad (oligofrénicos y personalidades psicopáticas).

Se presentan tres casos de "parálisis de sueño" asociados a cataplexia y narcolepsia y en ocasiones a alucinaciones hipnagógicas. Se revisa la literatura al respecto y se insiste sobre la importancia de identificar este síntoma o este complejo sintomático. Se discuten los posibles mecanismos de producción. Se anotan los tratamientos más aceptados en la actualidad.

REVISTA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LA HABANA

Vol. IX, Nº 1 **Enero-Marzo, 1968** **Cuba**

1. Se hace un estudio de la acción de la imipramina sobre diversos pacientes que presentando trastornos afectivos, en el sentido de depresión, hipomanía, manía o disforia, responden al solo uso de este medicamento, normalizándose el estado afectivo mientras se mantiene la acción de la droga.

2. El estudio en varios casos con síndrome maníaco pone en evidencia que en ningún momento ocurre una exacerbación del estado maníaco por la droga, y los

pacientes mostraron finalmente una mejoría mantenida con el uso exclusivo de la imipramina.

Las dificultades del manejo de los síndromes maníacos agudos, ya sean hospitalizados o no, pueden ser resueltas con el uso adecuado de la imipramina, como se demuestra en este estudio.

3. La administración de la droga por vía endovenosa produce un efecto sedante, que aunque moderado resulta muy útil en estos estados maníacos, ya que elimina al propio tiempo la marcada irritabilidad sin una tranquilización exagerada, como ocurre con la clorpromacina u otros neurolépticos.

4. La dosis promedio inicial en el síndrome maníaco parece ser por encima de 250 mlg diarios, de los cuales 100 mlg pueden ser por vía parenteral preferentemente.

5. La imipramina, posiblemente a través de su acción sedante, produce una marcada mejoría de los estados disfóricos, que se ven tanto en la hipomanía y manía, como en algunas neurosis.

6. Por último se insiste en la posibilidad de penetrar más profundamente en la fisiopatología de los trastornos afectivos, mediante el uso experimental de la imipramina, otros derivados del iminodibencilo y las sales de litio, que se asemejan mucho en su acción normotimótica.

El autor describe el componente placer erótico-acercamiento, como los elementos innatos o congénitos de la contrectación en ambos sexos; y su vinculación o asociación con el mismo sexo como producto de un aprendizaje o adquisición de un rol anómalo.

Se da una definición de la homosexualidad y se hace una discusión de la situación nosológica de la misma, y se revisan los conceptos de contrectación, amplexación e inmicción en la conducta sexual del hombre.

El autor explica por qué tienen tanta persistencia y estabilidad estos primeros reflejos o aprendizajes en virtud del mecanismo de las dominantes de Utomsky.

ACTAS LUSO ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Vol. XXVII, Nº 2 **Mayo, 1968** **Madrid**

El autor estudia la ansiedad basado en la teoría de su maestro, el profesor López Ibor, sobre las neurosis como enfermedades del ánimo, discute y explica algunas dificultades metodológicas de la Psicología como ciencia positiva. Prosigue con un breve bosquejo histórico sobre la neurosis: La importancia de Charcot en el desarrollo de la teoría de las neurosis como enfermedades del ánimo aparece subrayada, el autor expone las convergencias y divergencias de las teorías de Freud y López Ibor sobre la cuestión, siguiendo a López Ibor distingue entre "angustia normal" y "angustia patológica" y define el "inconsciente vital" en la línea sentada por él. Finalmente las modalidades timogénicas trazadas por el autor le permiten una clasificación general de las neurosis. Distingue el autor entre "neurosis atotímicas, alotímicas y diatímicas". La angustia patológica como estado de ánimo básico, y sus transformaciones, constituyen el núcleo en torno al cual las neurosis se configuran y desarrollan.

Se describe el funcionamiento de un Centro psiquiátrico destinado exclusivamente a estudiantes de ambos sexos que padecen trastornos mentales. El Centro funciona como un "Servicio abierto" y el equipo terapéutico está constituido por siquiatras institucionales, psicoterapeutas y un equipo de profesores de las distintas ramas de ciencia y letras.

La readaptación del estudiante enfermo es realizada por todo este equipo, para cuya buena marcha las transmisiones entre los distintos miembros de él y las reuniones de síntesis son fundamentales.

Los pacientes que pueden sacar buen partido de todo este equipo no son todos los enfermos psiquiátricos, por lo cual las admisiones de prueba se hacen necesarias. Este tipo de Centro, por su estructura, al lado de su ventajas, plantea un cierto tipo de problemas algunos de los cuales son aquí reseñados.

ACTAS DE LA SOCIEDAD DE NEUROLOGIA, NEUROCIRUGIA Y PSIQUIATRIA

Vol. 1, Nº 1 **Enero-Abril, 1968** **Trujillo-Perú**

El autor hace un estudio de actitudes frente a problemas de retardo mental en los grupos familiares de 18 niños de una Escuela Especial.

Se establece que con respecto al hijo retardado los familiares tienen actitudes de sobreprotección y rechazo. Hay también comprensión y tolerancia. La hostilidad del vecindario proviene exclusivamente de otros niños. La retracción social está condicionada por esa hostilidad o por demandar el niño cuidados especiales. Se estudia las actitudes de los padres en relación a la atención médica. Se deducen las expectativas realistas de la mayoría de los progenitores ante el futuro de sus hijos. Finalmente, se establecen las actitudes de colaboración y no colaboración hacia la escuela; y, la receptividad y deseo de los padres por el funcionamiento de grupos de información y orientación.

COMPRENSIVE PSYCHIATRY

Vol. 9, Nº 4 **July, 1968** **New York**

El Hospital general proporciona un medio ambiente para enseñanza que es incomparable. El éxito de Levine usando este medio ha tenido vastas ramificaciones para la educación médica. He conversado a hombres que rememoraban vivamente las fuertes sensaciones antipsiquiátricas que existieron en hospitales generales. Levine ayudó a reducir tales sensaciones. En nuestros días, por consiguiente, la institución del hospital general es un reino, donde psiquiatras, por medio de sus enseñanzas pueden: 1) Extender la apreciación por el trabajo individual y su propia estimación; 2) Fortalecer las mejores normas prevalecientes de vida y propósitos; y 3) Prepararse para un incitante y mejor futuro para todo el género humano.

Son examinados los problemas hallados en la dirección psicoterapéutica de pacientes severamente perturbados. Aunque el "interés humano" juega un papel en el cuidado de pacientes sicóticos crónicos, este trabajo intenta delinear y reafirmar la necesidad de diagnósticos específicos y técnicas de tratamiento a los cuales confiar los conceptos de adaptación del paciente y terapeuta. Es definida la "Psicoterapia de Adaptación", se perfila su base teórica, siendo descritas sus metas y principios y las características clínicas de esta técnica.

Esta comunicación es el resumen de 7 años de experiencias en la enseñanza de la Psicoterapia de Adaptación. La población de pacientes estudiados es crónica y severamente enferma y requiere contactos progresivos indefinidos sobre bases intermitentes o continuas. La clínica descrita prevee oportunidades para una breve experiencia de socialización y psicoterapia individual, marital y familiar. La estructura de la clínica es tal que el supervisor-administrador tiene la máxima oportunidad para intervenir en la enseñanza.

La mayoría de los entrenados tienen muchas preconcepciones y prejuicios acerca de las dificultades y eficacia de la psicoterapia de adaptación. Aunque algunas de estas dudas son racionales y conciernen a las usuales tareas de aprendizaje, parte de los problemas emergen de la ansiedad asociada con la necesidad de proseguir con las diferentes conductas que previamente utilizó el terapista en "psicoterapia". En particular un rápido y dinámico apoyo, la capacidad de lograr decisiones terapéuticas con informaciones limitadas, el manejo de los individuos muy enfermos y un activo acercamiento son importantes elementos de práctica en el T.A.C. Tales experiencias de los residentes en entrenamiento, tarde o temprano, bajo una adecuada supervisión, han posibilitado adquirir su propio estilo de intervención, apropiado a este tipo de paciente y a esta clase de terapia.

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

T. XXX, Nº 3 **Setiembre, 1967** **Lima**

Se estudia la vida de Vicente van Gogh, siguiendo su biografía de acuerdo a numerosos datos compilados, resaltándose los caracteres psicognósticos inferibles tanto

en las etapas de normalidad como en los períodos críticos de su padecimiento. Se trata, así, de precisar los factores psicogénicos concurrentes y desencadenantes, discutiéndose la calificación diagnóstica de la enfermedad que sufriera el pintor, a la luz de sus aportes estéticos y de los indicios clínicos que se descubren por su examen psicográfico.

Se estudia el efecto del Tegretol sobre la crisis de "gran mal" en 15 niños de 2 a 11 años de edad, quienes sufrían en su mayoría de graves lesiones cerebrales con oligofrenia y convulsiones tónico-clónicas generalizadas por espacio de 2 a 11 años, rebeldes a los tratamientos anticonvulsivos a base de la feniletilmalonilúrea e hidantoinatos. Después de la administración adicional de Tegretol se pudo apreciar mejoría después de 4 a 7 meses de tratamiento, las crisis desaparecen en 6 niños (40%) y mejoran en igual número; 5 niños recaen entre 7 a 11 meses de tratamiento. En 3 niñas, de 10 a 12 años se pudo observar un efecto psicotrópico favorable y en 9 niños, leucopenia como efecto hematológico secundario, la cual se controló sin suspensión del medicamento.

REVISA DE NEURO PSIQUIATRIA

T. XXXI, Nº 1 Marzo, 1968 Lima, Perú

Utilizándose el "Análisis del Proceso de Interacción" propuesto por R. F. Bales, se ha investigado un grupo de normales antes y después de recibir LSD 25 y a un grupo de esquizofrénicos. Entre los normales, se encontró una mayoritaria dedicación a la tarea y predominio de las reacciones positivas en el área socio-emocional. Entre los lisergizados la dedicación a la tarea y la coordinación intragrupal se empobrecieron, abundando en cambio las liberaciones tensionales. El decremento de los recursos operacionales entre los esquizofrénicos, elevó las aceptaciones y las actitudes pasivas, dando una dedicación tortuosa e inadecuada a la tarea y nexos interpersonales parciales e inconsistentes, así como gran número de discrepancias y muestras de tensión.

REVISTA DE NEURO PSIQUIATRIA

T. XXXI, Nº 2 **Junio. 1968** **Lima, Perú**

Se informa de los efectos clínicos de la administración de una nueva droga, P-4657-B, sobre un grupo de 26 pacientes varones, esquizofrénicos crónicos, de edades que fluctuaron entre los 17 y 50 años. Se utilizaron dosis progresivas, sin haber sobrepasado la máxima de 80 mg. diarios, luego de 16 semanas de tratamiento. La droga benefició al 88% del total de pacientes. La modificación clínica favorable más importante se alcanzó en las esferas de sociabilidad y motivaciones, cooperación y colaboración, patentes en el 62% del grupo. La mejoría de síntomas delusionales y pseudoperceptivos fue muy leve. Los efectos colaterales, la mayoría de naturaleza extrapiramidal, se presentaron en el 77% de los casos y fueron muy notables en 2 de los 3 pacientes que alcanzaron mejoría marcada. Un paciente falleció en la 11a. semana de tratamiento por probable intercurrencia cardiorespiratoria. Se postula la posibilidad de una acción más favorable en casos agudos.

La farmacología de estas drogas requiere de la intervención del conocimiento de los fármacos "per se" y el mecanismo de la conducta compleja, estudiada en modelos estables que den mayor o menor rigidez a los resultados. Su meta es la modificación de un síndrome complejo y no de una función específica. El estudio tropieza con dificultades semánticas, definiciones idiomáticas, múltiples conexiones interdisciplinarias, interpretación de resultados y comparación de las acciones en animales con las que ocurren en el hombre en enfermedades de casi desconocida fisiopatología. La enorme cantidad de nuevos productos sintéticos y el elevado costo de su investigación, ha hecho necesario el diseño de una batería de pruebas, de creciente complejidad, que estudia los "perfiles"; toxicológico, vegetativo, neurológico y de conducta, para dejar de lado o continuar estudiando la droga problema. En un modelo contínuo se han incorporado nuevos tipos de pruebas, que nos conducen a la automatización y a la imperiosa necesidad de expansión en el estudio de seres humanos normales, ya que los principales avances prácticos en este campo son debidos a observaciones clínicas y muchas veces a hallazgos imprevistos.

Este trabajo se ocupa de los problemas de la asistencia médica en los países en vías de desarrollo, en particular en lo que se refiere a la atención psiquiátrica. Se sugiere el adiestramiento de los médicos generales en el manejo de las drogas, la implantación de servicios psiquiátricos en centros de salud urbanos y rurales, la incorporación de las prácticas de los curanderos populares y el desarrollo de programas pre-

ventivos en cuanto a delincuencia, adicción a drogas, alcoholismo y estados críticos del desarrollo del niño. Se deben tener en cuenta las barreras ecológicas existentes más que las demarcaciones geopolíticas, los programas educativos y ocupaciones prevalentes y los factores culturales que impiden o favorecen la aceptación de nuevos programas psiquiátricos. El autor revisa algunos trabajos pertinentes de investigadores latinoamericanos y enfatiza que al introducir estos programas es necesario no olvidar los factores culturales, tales como los prejuicios locales, las instituciones médicas existentes y la práctica del curanderismo popular.

NOTAS DE ACTUALIDAD

NUEVOS PROFSORES DE LA ASIGNATURA DE NEUROLOGIA Y DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PICOLOGICAS

Luego de los concursos pertinentes, ha logrado obtener la categoría de Profesor Auxiliar de la Asignatura de Neurología el Dr. Humberto Hinojosa del Arca; así mismo, la categoría de Profesores Auxiliares de la Asignatura de Psiquiatría "A" los Drs.: Antonia Sánchez y César Delgado Hurtado, en la Psiquiatría "B" los Drs.: Manuel Almeida y Ethel Bazán y en la de Psicología Médica el Dr. Max Silva Tuesta.

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRIA

La nueva Junta Directiva de la Sociedad Peruana de Psiquiatría, que está formada de la siguiente manera: Presidente: Oscar Valdivia Ponce; Vice-Presidente: Fernando Samanez; Secretario General: Augusto Colmenares; Tesorero: Fernando Saba; Secretario de Actas: Alberto Péndola; Ex-Presidente Humberto Rotondo; Acción Científica: César Delgado Hurtado; Acción Gremial: Max Arnillas Arana; Organización: José Alva; Relaciones Inter-Institucionales: Carlos Saavedra; Prensa y Biblioteca: Walter Griebenow; se ha propuesto organizar para el mes de octubre del próximo año el I Congreso Nacional de Psiquiatría que contará con el siguiente temario:

Estudios sobre Epidemiología Psiquiátrica en el Perú: 1.—Estudios de prevalencias e incidencia de las enfermedades mentales. 2.—Epidemiología del alcoholismo. 3.—Epidemiología de la esquizofrenia. 4.—Epidemiología de las depresiones. 5.—Epidemiología del suicidio y homicidio.

Asistencia Psiquiátrica en el Perú: 1.—Asistencia Psiquiátrica infantil. 2.—Asistencia Psiquiátrica de la población asegurada. 3.—Asistencia Psiquiátrica de las clases económicamente pobres. 4.—Asistencia Psiquiátrica en pacientes con deficiencia mental.

Psiquiatría Social y Cultural: 1.—Folklore y Psiquiatría. 2.—La Psiquiatría y la Ley. 3.—Aspectos sociales de la Epilepsia. 4.—Problemas sociales del adolescente.

Enseñanza de la Psiquiatría en el Perú: 1.—Objetivos de la enseñanza. 2.—Metodología de la enseñanza. 3.—Contenido de los programas.

NUEVO COMITE DIRECTIVO DEL DEPARTAMENTO

Dando cumplimiento a las disposiciones pertinentes, los profesores del Departamento eligieron a los miembros del Comité Directivo que quedó conformado de la siguiente manera:

Jefe del Departamento	Dr. Carlos Alberto Seguín
Prof. Principal de la Asignatura de Psiquiatría "A"	Dr. Oscar Valdivia Ponce
Prof. Principal de la Asignatura de Psiquiatria "B"	Dr. Humberto Rotondo Grimaldi
Delegados de los Prof. Asociados	Dr. Renato Castro de la Mata Dr. Augusto Colmenares Dr. Fernando Samanez
Delegados de los Profesores Auxiliares	Dr. Enrique Ghersi Belaúnde
Delegado de los Jefes Instructores	Dr. Felipe Iannacone Martínez
Delegados Estudiantiles	Sr. Jaime Honorio Sr. Roberto Carpio Sr. Jorge Delgadillo Sr. Aníbal Quijano.

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

La Asociación Psiquiátrica Peruana preparó para el mes de marzo un coloquio acerca de la Epilepsia, que se llevó a efecto en el local de la Asociación Médica Peruana Daniel A. Carrión y contó con la participación de los Drs.: Federico Sal y Rosas: Fines, alcances y plan del cursillo; José Max Arnilas Arana: Historia de la epilepsia y de su estudio en el Perú y en el mundo; Humberto Rotondo: Epidemiología de la epilepsia; Federico Sal y Rosas: Etiología; Carlos Mejía: Fisiopatología; Eduardo Ramírez: Bioquímica de la Epilepsia; Federico Sal y Rosas Diagnóstico Clínico; Alejandro Arellano: Diagnóstico electroencefalográfico; Emilio Majluf: Epilepsia en el niño; Federico Sal y Rosas: Curso y pronóstico; Ernesto Bancalari: Tratamiento; Matilde Raéz: Las pruebas psicológicas en la epilepsia; Baltazar Caravedo: Problemas especiales; Carlos Bambarén: La antisociabilidad y responsabilidad médico-legal de los epilépticos; José Sánchez García: Rehabiitación de los epilépticos y Hernán Sal y Rosas: Epilepsia y manejo de vehículos.

Para el mes de junio preparó otro coloquio que tuvo como tema la deficiencia mental y en el cual participaron los Drs.: Humberto Rotondo: Clasificación de los desórdenes psiquiátricos infantiles; Emilio Majluf: Reconocimiento precoz de la deficiencia mental y diagnóstico diferencial; Eduardo Ramírez del Villar: Errores metabólicos

y deficiencia mental; Angel Cordano: Nutrición y desarrollo mental; Lidia Armas: Educación y orientación vocacional del niño retardado mental; Augusto Colmenares: Relación familiar y orientación de los padres. La Mesa Redonda fue presidida por el Dr. Baltazar Caravedo y participaron en ella los Drs.: Emilio Majluf, Eduardo Ramírez, Algusto Colmenares, Niza Chick de Majluf, Luis A. Guerra, Fernando Samanez, Lidia Armas, Carlos Castillo Ríos y Alegría Majluf.

ACIVIDADES DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PSICOTERAPIA

Dando inicio a su calendario anual de actividades científicas para especialistas, la Sociedad Peruana de Psicoterapia ha programado reuniones mensuales de mesa redonda, la primera de las cuales, correspondiente al mes de junio, versó acerca de la Psicoterapia en la práctica médica, teniendo como ponente al Dr. Carlos Alberto Seguín, moderador: Dr. Francisco Alarco, panelistas: Drs. Carlos Bustamante R., Ernesto Delgado F., Juan Franco, Hildebrando Landázuri y Juan Succar.

ACTIVIDADES DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PSIQUATRIA, NEUROLOGIA Y NEURO-CIRUGIA

El sábado 18 de mayo en el auditorio del Hospital Obrero de Lima, se llevó a efecto un symposium acerca de la "Cisticercosis" en el cual intervinieron los Drs.: Juan Franco Ponce: Clínica; Oscar Trelles: Anatomía Patológica; David Mendoza: Neuro-radiología; Julio Napanga: Líquido céfalo raquídeo; Esteban Rocca: Tratamiento; habiendo actuado de moderador el Dr. Fernando Cabieses.

REUNION DE LA ASOCIACION INTERAMERICANA DE PSIQUIATRIA

El Comité Organizador del Programa de Salud Mental de las Américas ha citado a la reunión de expertos del Consejo Interamericano de Asociaciones Psiquiátricas que se llevará a cabo en San Antonio-Texas el mes de diciembre del presente año; al cual viajarán los siguientes profesores del Departamento: Carlos Alberto Seguín; Sergio Zapata; Renato Castro de la Matta y José Alva Quiñonez.

PROXIMOS CONGRESOS

Para el mes de agosto próximo se prepara el II Congreso Mundial de Psicoterapia en Viena (Austria); para el mes de setiembre el VIII Congreso de Psicodrama y Sociometría en Praga (Hungría), para los últimos días de julio el Symposium Internacional de Psiquiatría Trans-Cultural en Sao-Paulo (Brasil).

La Federación Psiquiátrica Argentina anuncia, también, para el mes de agosto en la ciudad de Mar de Plata la realización del XXI Congreso de Psiquiatría, previamente se desarrollarán diversas jornadas zonales.

SENSIBLES FALLECIMIENTOS

Sorprendidos por la ingrata noticia del fallecimiento de los Drs.: Guilermo Dávila y Raúl Hernández Peón de México y del Dr. Pedro Gonzales Melian de Venezuela, connatados líderes de la psiquiatría latinoamericana y destacados profesores universitarios, nuestra Revista así como los miembros del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología desean expresar los sentimientos de su mayor pesar.

SYMPOSIUM SOBRE "FATIGA"

El Viernes Médico Sanitas del mes de mayo que tuvo como tema la Fatiga, contó con la participación de los Drs.: Alberto Hurtado: Introducción al Tema; Fernando Samanez: Aspectos Psicofisiológicos y Benjamín Alhalel: Aspectos Clínicos.

DISTINCION A PROFESOR DEL DEPARTAMENTO

En el mes de abril último el Dr. Rubén Ríos Carrasco, miembro de la Asignatura de Psicocgía Médica, ha sido nombrado Jefe de la Oficina de Internado de nuestra Facultad.

VISITA DE PSICODRAMATISTA ARGENTINA

La conocida psicodramatista Dra. Isabel de Platero invitada por PSYCHE (Centro psicológico psiquiátrico y educacional del adolescente y la familia), sustentó un ciclo de conferencias acerca de la técnica psicodramática y su aplicación en la terapia y la docencia. Así mismo dio inicio, en los meses de abril y mayo, al entrenamiento de varios grupos de aprendizaje Psicodramático.

VISITA DE PROFESOR NORTEAMERICANO

Invitado por la Asociación Peruana de Psiquiatría, el Dr. León Salznam, Profesor de la Universidad de Georgetown y de la Escuela de Psiquiatría de Washington, sustentó en el Instituto Sanitas, los días 22 y 23 de julio sendas conferencias acerca de la Personalidad Básica y del Psicoanálisis teórico y práctico de los Estados Unidos.

PUBLICACIONES DE PROFESORES DEL DEPARTAMENTO

En el número de abril de la Revista Nueva Educación aparecen los trabajos: ¿Qué hacer con los tímidos? y Acerca de una Institución privada que se preocupa de la orientación sexual, que firman los Drs.: José Alva Quiñones y Rubén Ríos Carrasco respectivamente.

PREMIO A LA CREACION MUSICAL

El Dr. Rafael Junchaya, residente de la Escuela de Graduados en la especialidad de Psiquiatría, se ha hecho merecedor, por segunda vez, del premio "Fomento a la creación musical" donado por el Departamento de Extensión Cultural de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, por su composición "Tríptico" para coro mixto a capella.

INVITACION A CONGRESO

Hemos recibido la fraternal invitación de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología para el Tercer Congreso Venezolano de Psiquiatría y Neurología a realizarse en Cumaná en Enero de 1969, que contará con las ponencias oficiales: Estado actual de la Psiquiatría y Neurología Infantil en Venezuela y Estudio Neuro-psiquiátrico de las Demencias; y dos Mesas Redondas: El Departamento de Neuropsiquiatría en los Hospitales Generales y Ensayo de Psiquiatría de la Comunidad.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

a) *La Revista de Ciencias Psicológicas y Neurológicas, órgano del Departamento de Ciencias Psicológicas y de la Asignatura de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, es una publicación universitaria trimestral.*

b) *Toda comunicación deberá ser remitida al Departamento de Ciencias Psicológicas de la Facultad de Medicina. Av. Grau s/n. Lima, Perú. o a la Asignatura de Neurología, Sala San Luis, Hospital 2 de Mayo.*

c) *Se admitirán artículos inéditos que a juicio del Comité de Redacción merezcan ser publicados y que deberán reunir las siguientes condiciones:*

1. *Los originales deberán ser escritos a máquina, a doble espacio y por un solo lado, en papel tipo carta.*

2. *Su extensión no deberá exceder 40 páginas.*

3. *Su redacción y bibliografía deberán ajustarse a las normas internacionalmente establecidas y en lo posible al esquema siguiente: Introducción, Historia, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Resumen y Bibliografía*

4. *Las ilustraciones deben ser numeradas y remitidas en hojas separadas indicando las leyendas y el lugar donde deben consignarse.*

d) *Los autores que deseen separatas deberán indicarlo así; los gastos de impresión correrán por su cuenta.*

e) *Ningún original será devuelto, sea publicado o no.*

f) *La Revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores.*

SUSCRIPCIONES

Número suelto: en el Perú S/. 30.00, en el extranjero $ 1.50.
Suscripción anual: en el Perú S/. 120.00, en el extranjero $ 6.00.
Dirigirse al Departamento de Ciencias Psicológicas en la Facultad de Medicina de la U. N. M. S. M. Av. Grau s/n Ap. Nº 529 — Lima - Perú.

ASIGNATURA DE PSICOLOGIA MEDICA

Profesor Principal	Dr. Carlos Alberto Seguín
Profesor Asociado	Dr. Renato Castro de la Mata
Profesores Auxiliares	Dr. José Alva Quiñones Dra. María A. Silva de Castro Dr. Max Silva Tuesta
Jefes Instructores	Dr. Humberto Napurí Jordán Dr. Rubén Ríos Carrasco

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PERSONAL DOCENTE

ASIGNATURA DE NEUROLOGIA

Profesor Principal	Dr. Raúl Jerí Vásquez
Profesores Asociados	Dr. Rodolfo Landa Dr. Jacobo Silberman Schwartman
Profesores Auxiliares	Dr. Pablo Anglas Quintana Dr. Luis Aspauza Giampietri Dr. Manuel Pizarro Flores Dr. Humberto Hinojosa del Arca
Jefes Instructores	Dr. César Sánchez Montenegro Dr. Luciano Vise Aparicio
Jefes Instructores contratados	Dr. Leoncio Acosta Sánchez Dr. Santiago Carranza Dr. Vicente Huamán Dr. Carlos Martinot Dr. Pedro Ortíz Cabanillas Dr. Pedro Saavedra Vargas

Imprenta de la Universidad
Nacional Mayor de San Marcos